Statistik

der

Totalexstirpationen per vag. bei Uteruscarcinom.

(1887—1893).

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der

Königl. bayr. Friedrich-Alexanders-Universität Erlangen

vorgelegt

am 6. Juli 1894

von

Otto Schmid

cand. med. aus Regensburg.

Erlangen, 1894.

Druck der Universitäts-Buchdruckerei von E. Th. Jacob.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät Erlangen.

Referent: Prof. Dr. Frommel.

Dr. J. Rosenthal,
d. Z. Dekan.

Meinem

lieben Onkel Anton

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535724_0270

Schon im Altertum war es den Aerzten bekannt, dass man den Uterus exstirpieren könne ohne Nachteil für die Frau. Doch handelt es sich in den Berichten, die uns über diese Fälle vorliegen, meist um gangränöse Prolapse oder Neoplasmen, die aus der Scheide hervorragten. Ebenso steht es mit den Fällen aus dem Mittelalter, aus dem 17. und 18. Jahrhundert. Ueber eine wirkliche totale Exstirpation des Uterus in situ ist uns nichts bekannt. Wrisberg machte zuerst am Ende des vorigen Jahrhunderts den Vorschlag, den Uterus bei carcinomatöser Entartung total zu exstirpieren, ohne jedoch eine bestimmte Methode anzugeben.

Dieser Gedanke gewann erst mehr Boden am Anfange dieses Jahrhunderts. Im Jahre 1814 machte Gutberlet den Vorschlag einer Methode zur Exstirpation des carcinomatösen Uterus. Ihm folgte Langenbeck 1822 mit seiner Methode, den Uterus aus dem Peritoneum herauszuschälen. 1822 entfernte dann Sauter, der nach der Methode Langenbecks operieren wollte, zuerst den carcinomatösen Uterus per vaginam in situ. Sauter eröffnete, als er mit der Methode Langenbeck's nicht zu Stande kam, die Peritonealtasche und durchtrennte die seitlichen Verbindungen des Uterus mit den Tuben und den lig. lat. Nun fasste er mit der Hand über den Fundus, stürzte ihn um und löste auch die letzten Verbindungen desselben mit dem hinteren Scheidengewölbe. Die hervorgestürzten Eingeweide wurden reponiert, die Patientin vollkommen horizontal gelagert und die Scheide mit Charpie tamponiert. Die Patientin soll nicht über $1^1/_2$ Pfund Blut verloren haben, unterbunden wurde kein

Gefäss. Pat. erholte sich vollständig von der Operation, starb aber 4 Monate später an Lungenödem.

Sauter folgten mehrere Operateure, die nach seinen Angaben, wenn auch mit verschiedenen Modifikationen operierten, so Blundell 1828, Recamier 1829 u. a.

Delpech schlug im Jahre 1830 eine Kombination der hypogastrischen und vaginalen Methode vor. Kieter in Kasan 1848 und Hennig sind dann noch die einzigen, die über glückliche Totalexstirpationen und zwar von der Scheide aus berichten. Diesen wenigen glücklichen Erfolgen standen aber eine so grosse Zahl unglücklicher Operationen gegenüber, dass man fortgesetzten Versuchen mit den bisherigen ungenügenden Methoden nicht das Wort reden konnte.[1])

Die Totalexstirpation schien so ganz aus den Reihen der gynäkologischen Operationen verbannt zu sein, — denn es wurden nur mehr trichterförmige Excisionen[2]), Abtragungen der Portio vorgenommen, — bis endlich Freund[3]) 1878 durch seine Methode per laperatomiam diesen Bann brach. Doch auch diese Methode verliess man bald wieder, da sich zu grosse Schwierigkeiten der Ausführung dieses Freund'schen Vorschlages entgegenstellten. Die Gefahren hiefür bestanden in Verletzungen und Mitfassen der Uretheren bei den Ligaturen, Shok infolge der langenAussenlagerung der Gedärme, der langen Dauer der Operation und des Blutverlustes[4]).

Es waren die Akten über die Freund'sche Methode noch nicht vollends geschlossen, als sich neben dieser Methode eine andere entwickelte, nämlich die operatio per vaginam. Prof. Czerny[5]) gebührt der Ruhm dieses

---

1) A. v. Franqué, Geschichte der Totalexstirpation des Uterus. Inaug.-Diss. — Hegar u. Kaltenbach, Die op. Gyn. III.

2) Hegar u. Kaltenbach, Die op. Gyn.

3) Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge 133.

4) Hegar u. Kaltenbach, III.

5) Wiener med. Wochenschrift 1879, No. 45 u. Fortsetz.

von Sauter und Recamier schon geübte Verfahren wieder aufgenommen zu haben und ihm Dank der Leistungen der modernen Chirurgie Existenzberechtigung verliehen zu haben. Die Erfolge, die er mit seiner Methode erzielte, waren glänzende. Seiner Methode folgten Billroth[1]), Schröder[2]), Hofmeier[3]) u. a.

In neuerer Zeit machte Zuckerkandl[4]) den Vorschlag der perinealen Exstirpation. Diese Methode wurde zuerst von Frommel[5]) ausgeführt in 2 Fällen, auf die ich dann später zurückkommen werde. Ebenso wurde auch in unserer Zeit die sakrale Exstirpationsmethode von Hochenegg[6]) und Herzfeld[7]) angegeben.

Da auch Prof. Frommel dem Beispiele Czerny's folgte und seine operierbaren Fälle zum grössten Teile per vaginam operierte — mit Ausnahme einiger Fälle, die kombiniert mit der Freund'schen Methode und zweier die nach der Angabe Zuckerkandl's operiert wurden, — so dürfte eine Statistik über diese Fälle wohl von Interesse sein.

Ich will nun im Nachfolgenden die Krankengeschichten der operierten Fälle folgen lassen.

1. K. B., 62 Jahre alt.

Seit dem 13. Jahre regelmässig menstruiert, jedoch stets mit starken Schmerzen bis zur Menspause im 45. Jahre.

Mit 24 Jahren hat Pat. normal entbunden.

Da Pat. seit ungefähr 2 Jahren unregelmässige Blutungen hatte, so suchte sie die Klinik auf.

---

1) Wiener med. Wochenschrift 1880 Nr. 47 u. Fortsetz. — Mikulicz, Ueber die Totalexstirp. des Uterus.

2) Zeitschrift für Geb. u. Gyn. Bd. 6.

3) Hofmeier, Grundriss der Gyn. Op.

4) Wiener med. Presse 1889 Nr. 7.

5) Zentralblat' für Gynäkologie 1889 Nr. 31.

6) Wiener klinische Wochenschrift 1888 Nr. 19, 1889 Nr. 9.

7) Wiener klinische Wochenschrift 1888 Nr. 11 u. Fortsetz.

Die Untersuchung ergab, dass die hintere Muttermundslippe Ulcerationen zeigte. Die Cervix, welche für einen Finger durchgängig war, war mit weichen Massen, die aus dem Corpus zu kommen schienen, ausgefüllt. Corp. ut. in normaler Haltung bot ein eigentümlich pralles Gefühl, war aber beweglich. Die linken Anhänge waren frei, rechts zieht eine infiltrierte Partie vom Uterus gegen die Beckenwand.

Op. 14. V. 1887.

Der Uterus wird herabgezogen und zum besseren Fixieren 2 Seidennähte durch die Cervix gelegt. Da die Scheide sehr eng ist, werden auf beiden Seiten tiefe Incisionen gemacht. Dann wird das Scheidengewölbe durchtrennt und Blase ziemlich hoch hinaufpräpariert. Jetzt wird das rechte lig. lat. etagenweise abgebunden und zwar wegen der Infiltrationen 1—2 cm vom Uterus entfernt, sodann der teilweise verlötete Douglas eröffnet. Hierauf Unterbindung des linken lig. lat. Trotzdem lässt sich der Uterus weder vorheben noch umstülpen. Es zeigt sich, dass das Carcinom bereits das ganze Corp. ergriffen hatte.

Bei den starken Umstülpversuchen reisst Corp. ein und es treten Krebsmassen aus. Gleichzeitig reisst die Cervix ab.

Endlich gelingt es, die Tuben mit den Olshausen'schen Nadeln zu umschnüren und beiderseits eine Massenligatur anzulegen, so dass mit enormer Schwierigkeit der Ut. retroflektiert und abgetrennt werden kann. Bei Vernähung des Peritoneums glitt die rechte Massenligatur ab und es trat ziemlich starke Blutung auf. Zum Schlusse wird Scheide mit Jodoformgaze tamponiert.

Patientin wird fast pulslos zu Bette gebracht. Sie bekommt 2 Spritzen Aether. Nachmittags erholt sich Pat. etwas. Die nächsten Tage tritt ein andauerndes Wohlbefinden auf. Am 22. V. wird die Jodoformgaze gewechselt, da ziemlich viel Eiter aus der Scheide sich

entleert. Es werden sodann Ausspülungen mit $2^1/_2$ % Karbollösung gemacht.

Am 25. V. Entfernung der Nähte. Die Scheide nach oben vollständig geschlossen. Am 5. VI. verlässt Pat. das Bett, und am 13. VI. als geheilt die Anstalt.

Pat. starb am 22. VII. 1888. Todesursache war nicht zu ermitteln.

2. S. A., Jahre alt.

Seit dem 17. Jahre regelmässig und ohne Schmerzen menstruiert. Letzte Regel wegen atypischer Blutung nicht bestimmt anzugeben.

Pat. ist Mutter mehrerer bereits erwachsener Kinder. Seit $^1/_2$ Jahre bestehen atypische Blutungen, zuweilen blutig gefärbter, nicht übelriechender Ausfluss. Wegen der Metorrhagien wird eine Ausschabung des Ut. vorgenommen und deutlich Carcinom in einigen Schnitten nachgewiesen. Die bei dieser Gelegenheit vorgenommene Untersuchung ergiebt den am Corp. vergrösserten Ut. in normaler Lage, Anhänge normal, nur zeigt das rechte lig. rect. uterin. eine mässige Verdickung und Empfindlichkeit, die aber nicht als carcinomatös angesprochen wird.

Op. 1887.

Da Ut. gut herabziehbar ist, wird die Operation in ganz typischer Weise durchgeführt. Umschneidung des Scheidengewölbes, Zurückpräparieren der Blase. Abbindung und Abtragung zuerst der rechten, dann der linken Anhänge. Die Stümpfe werden seitlich an die Scheidenwunde eingenäht, die mittlere Oeffnung offen gelassen und ein Drainrohr eingelegt. Wunde mit Jodoform bestreut.

Der Verlauf der Heilung durchaus glatt und fieberlos.

Am 4. Tage Drain. entfernt, worauf sich Wunde rasch schliesst. Am 14. Tage steht Patientin auf und nach weiteren 8 Tagen verlässt selbe die Klinik.

Die Frau ist vollständig gesund und rezidivfrei.

3. Pf. H., 29 Jahre alt.

Im 14. Jahre traten die ersten Menses auf, die stets gleich immer 4—5 Tage dauerten. Alle 4 Wochen regelmässige Wiederkehr. Vor 4 Wochen letzte Menses.

Vor 12 Jahren hat Pat. spontan geboren. Seit Aug. 1887 klagt sie über starke Blutungen ausserhalb der Menses. Schwäche infolge des starken Blutverlustes und Schmerzen im Kreuz führen sie ins Spital. Der Untersuchungsbefund ergibt, dass Port. vag. in einen kleinen, apfelgrossen, zerklüfteten Tumor verwandelt ist. Vordere Muttermundslippe ist noch intakt. Muttermund für 1 Finger durchgängig, Cervicalkanal ebenfalls stark zerklüftet. Corp. ut. etwas vergrössert, retrovertiert, teilweise fixiert, doch aufrichtbar.

Op. 10. II. 1888.

Nach der Entfernung der meist zerfallenen Partieen mit dem scharfen Löffel wird die Uterushöhle mit Jodoformgaze tamponiert und Muttermund zugenäht. Nach Umschneidung des Scheidengewölbes lässt sich die Blase ziemlich leicht zurückschieben. Sodann wird hinten der Douglas eröffnet und ein Schwamm eingeschoben. Hierauf Abbindung des rechten lig. lat., dann des linken mittelst einer Aneurysmanadel. Da die Ovarien gesund sind, werden sie zurückgelassen. Blutung war nicht stark. Das Lumen der Vag. wird seitlich etwas vernäht, Mitte bleibt offen, Tamponade mit Jodoformgaze.

Wundverlauf geht ohne jede Störung vor sich. Am 18. II. werden die Nadeln entfernt. Am 25. II. steht Pat. auf und am 4. III. wird sie als geheilt entlassen. Doch schon am 1. X. 1888 trat ein faustgrosses Rezidiv im linken Parametrium auf und am 23. V. 1889 exitus letalis infolge von Kachexie.

4. Br. M., 47 Jahre alt.

Ueber Menses und eventuelle Geburten ist aus der Anamnese nichts ersichtbar. Heftige, unregelmässige Blutungen, übelriechender Ausfluss und Kreuzschmerzen, die

seit $^1/_4$ Jahre bestehen, führen die Patientin in die Klinik.

Die innere Untersuchung ergiebt eine Verdickung der Port. vag., Muttermund ist für 1 Finger durchgängig. In der Cervix fühlt man zottige Massen, leicht blutend, die sich in das vergrösserte Corpus fortsetzen. Parametrien sind nicht infiltriert.

Op. 23. II. 1888.

Die Operation geht in typischer Weise vor sich. Eine Stelle links im Parametrium in der Höhe des inneren Muttermunds scheint suspect. Die Peritonealhöhle bleibt offen. Blutung mässig stark.

Heilung geht glatt von Statten.

Die Daten über Entlassung aus der Anstalt fehlen in der Krankengeschichte.

5. Fr. R., 49 J. alt.

Menses stets regelmässig. Vor 2 Jahren setzten sie aus, dann kamen sie wieder, erst schwach, in letzter Zeit immer häufiger und heftiger, so dass jetzt Patientin fortwährend blutet.

Pat. machte 4 Spontangeburten durch, letzte vor 10 Jahren. Die obenerwähnten heftigen Blutungen führten sie in die Klinik.

Port. vag. zeigt sich bei der Untersuchung krebsig zerfallen, Corp. ut. starr, doch noch allseitig beweglich. Bänder und Tuben scheinen frei von Carcinom.

Op. 29. II. 1888.

Ut. lässt sich nach Umschneidung und Zurückschieben der Blase und Scheide nur wenig herabziehen. Die Auffindung des Douglas macht grosse Schwierigkeiten. Es wird dabei eine förmliche Höhle ins prorektale Gewebe gesetzt. Nach endlicher Auffindung des Douglas werden beide Seiten abgebunden, dabei schneidet jeder Faden an einer weichen, brüchigen Stelle im linken Parametrium durch, so dass wohl carcinomatöses Gewebe zurückgelassen werden muss. Nach Herausnahme des

vergrösserten Ut. steht die Blutung fast völlig. Die Abdominalöffnung bleibt offen. Jodoformgazetamponade.

Die ersten Tage nach der Operation befindet sich Pat. ganz wohl, doch schon am 3. III. tritt etwas Meteorismus auf. Am 4. wird die Druckempfindlichkeit stärker. Am 5. tritt Erbrechen ein mit stärkerem Meteorismus. Puls klein frequent. Am 6. ausgesprochene Peritonitis. Am 7. Exitus letalis.

6. H. A., 43 Jahre alt.

Bis vor 2 Jahren regelmässig menstruiert, seither unregelmässig in Zeit und Stärke. Pat. hat 4 mal spontan geboren. Leib- und Kreuzschmerzen, die seit einem Jahre dauern, starke Blutung und eiteriger Ausfluss führen sie in die Klinik.

Bei der inneren Untersuchung stösst man im hinteren Scheidengewölbe auf das von der Port. vag. ausgehende, hühnereigrosse, teilweise ulcerierte Carcinom, das mit schmalem Saume auf die Scheide übergreift. Corp. ut. nicht vergrössert, gut beweglich. Ligam. anscheinend ohne Infiltration.

Op. 2. III. 1888.

Da der Ut. nicht herabzuziehen und schwer zugänglich ist, alle Zangen ausreissen, wird die Operation sehr schwierig und ungünstig. Bei Abbindung der linken Seite starke Blutung, die auch durch Umstechung nicht gestillt wird. Rechts ist die Abbindung leichter. Nach Entfernung des Ut. blutet es aus der linken Ecke tropfenweise continuierlich. Kräftige Tamponade. Beim Katheterisieren zum Schlusse der Operation bleibt der Katheter blutig gefüllt, da wahrscheinlich Blase verletzt wurde. Pat. kommt pulslos ins Bett, erholt sich gegen Abend. Aus der Scheide sickert fortwährend Blut.

Am 3. III. Pat. stark collabiert. Puls ganz klein. Blutiger Urin. Unter zunehmenden Verblutungserscheinungen Exitus letalis.

7. M. M., 43 Jahre alt.

Mit 15 Jahren die erste Regel, immer regelmässig bis vor $1^1/_2$ Jahren, seitdem unregelmässig, alle 8—14 Tage stark. Hat 3 mal geboren, zuletzt 1879.

Seit Frühjahr 1888 Blutabgang und Schmerzen im Rücken, weisser Ausfluss. Appetitlosigkeit, starke Abmagerung. Wegen dieser Beschwerden sucht Patientin die Klinik auf.

Bei der Digitaluntersuchung stösst man 3 cm hinter dem Intr. vag. auf ein höckeriges, an seiner Oberfläche zerfallenes, von der hinteren Muttermundslippe ausgehendes Cancroid. Scheidengewölbe überall erhalten, ebenso vordere Muttermundslippe. Corp. ut. klein, beweglich, normal gelagert. Anhänge ohne Infiltration.

Op. 25. I. 1889.

Ut. in situ herausgenommen, Anhänge zurückgelassen. Scheide bleibt gegen die Bauchhöhle teilweise offen. Drainage mit Jodoformgaze.

Wundverlauf gestaltet sich gut. Am 3. II. werden Nähte entfernt. Peritonealhöhle geschlossen. Am 12. II. steht Pat. auf und wird am 14. II. als geheilt aus der Anstalt entlassen. Doch schon am 24. II. 1890 trat ein Rezidiv auf, und im November 1890 der Exitus letalis.

8. Fr. K., 39 Jahre alt.

Mit 16 Jahren erste Menses, spärlich, von 1—2 Tage Dauer, aber stets regelmässig alle 3 Wochen; letzte Menses an Ostern 1889, seitdem fortwährender Blutausfluss. Vor siebzehn Jahren hat Pat. spontan geboren.

Schmerzen im Kreuzbein seit 3 Wochen bestimmen die Patientin die Klinik aufzusuchen.

Bei der Untersuchung trifft man im hinteren Scheidengewölbe einen taubeneigrossen, von der vorderen Muttermundslippe ausgehenden Tumor mit zerklüfteter, leicht blutender Oberfläche. Hintere Muttermundslippe klein, Cervix schlank, Corp. ut. normal gross, überall beweglich. Parametrien frei von Infiltrationen.

Op. 15. V. 1889. (Zuckerkandl'sche Meth.)

Nachdem von der Scheide aus das vordere Scheidengewölbe umschnitten und die Blase hoch zurückpräpariert ist, wird ein Schnitt geführt, welcher beide Tubera ischii verbindet und wird zwischen Scheide und Mastdarm im Sept. rectovaginale teils scharf, teils stumpf unter Stillung jeder Blutung in die Höhe gegen den Douglas vorgedrungen. Nachdem man ohne Verletzung des Rect. bis in die Höhe des Scheidengewölbes alles freigelegt hat, kann der Douglas erst nach vieler Mühe aufgefunden werden. Derselbe ist leicht verlötet. Es gelang nun, den Ut. zu retroflektieren und ihn durch das Loch im Perit. in der Wunde sichtbar zu machen. Nachdem die Plica vesico-uterina durchschnitten und die Blase vom Ut. unverletzt durchtrennt ist, werden die Anhänge beiderseits mehrfach abgebunden und der Ut. exstirpiert. Das Loch im Perit. wird mit Catgout vollständig verschlossen, ebenso wird von der Scheide aus die vordere und hintere Scheidenwand mit Knopfnähten vereinigt und die Wundhöhle im Sept. rectovagin. mit Jodoformgaze ausgefüllt.

Wundverlauf ist ein normaler. Am 10. VI. werden die Nähte entfernt. Am 20. VI. Pat. als geheilt entlassen.

Die Heilung war von Dauer und die Frau ist heute noch gesund und rezedivfrei.

9. P. A., 33 Jahre alt.

Erste Menses mit 14 Jahren, anfangs unregelmässig, später immer regelmässig. Pat. ist Mutter von 5 Kindern. Letzte Entbindung vor 4 Jahren.

Brennender Schmerz im Unterleib, Ausfluss von Blut aus der Scheide und Stuhldrang sind die Beschwerden, die sie angiebt.

Bei der inneren Untersuchung findet man die Port. vag. verdeckt, Muttermund für 1 Finger durchgängig, aus demselben ragt ein wallnussgrosser, von der Cervix-Schleimhaut ausgehender, an seiner Oberfläche ulcerierter,

leicht blutender Krebsknoten hervor. An einer Stelle geht das Carcinom auf die hintere Lippe und mit schmalem Saume auf die hintere Scheidenwand über. Cervix bis zum inneren Muttermund verdickt, Corp. ut. normal gross, antiflektiert, ziemlich beweglich. In beiden Parametrien sowie vor und hinter dem Ut. ist von einem Uebergreifen des Carcinoms nichts zu merken.

Op. 30. III. 1889.

Nach ziemlich breiter Umschneidung der Scheide und Zurückschieben der Blase wird der Douglas eröffnet, wobei eine starke venöse Blutung entsteht. Nach teilweiser Stillung derselben werden die linken Anhänge partienweise abgebunden; da eine Retroflexion von dem Ut. nicht gelingt, werden die rechten Anhänge ebenfalls abgebunden und der Ut. entfernt. Das nach der Bauchhöhle zu offengelassene Scheidenlumen wird mit Jodoformgaze tamponiert.

Die Heilung geht glatt ab. Am 8. IV. werden die Nähte entfernt und am 19. IV. wird Pat. als geheilt entlassen. Selbe ist bis heute noch gesund und rezidivfrei.

10. W. B., 53 Jahre alt.

Erste Menses mit 15 Jahren, meist 3 Tage dauernd, mässig stark, immer regelmässig. Regel blieb seit Mai 1889 aus. Pat. hat 3 mal geboren, zuletzt vor 10 Jahren.

Ein weisslicher, schleimiger Ausfluss und das nur schwere Zurückhalten des Urins — dieser Zustand dauert seit ungefähr 2 Monaten — führen die Frau in die Klinik.

Bei der inneren Untersuchung findet man an Stelle der Port. vag. einen grossen, tief in die Scheide hineinragenden Tumor, welcher bei Berührung sehr leicht blutet. Der Tumor hat in seiner Mitte eine Oeffnung, welche als äusserer Muttermund erkannt wird. Der die vordere Lippe einnehmende Teil des Tumors geht eine Strecke weit auf die vordere Scheidenwand über, hinten ist der Uebergang auf die Scheide viel bedeutender. Corp. ut.

liegt retrovertiert nach hinten, ist etwas vergrössert, leicht beweglich, Parametrien ergeben sich bei der Untersuchung noch nicht vom Carcinom ergriffen.

Op. 14. XII. 1889.

Nach Umschneidung des vorderen Scheidengewölbes und Zurückpräparieren auf stumpfem Wege der Blase, was mit ziemlichen Schwierigkeiten verbunden ist, da Carcinom hoch hinaufreicht, wird das hintere Scheidengewölbe ebenfalls durchschnitten und Douglas eröffnet. Perit. und Scheidenwand werden mit einander vernäht. Einlegung eines angeseilten Schwammes in die Bauchhöhle. Dann Unterbindung des Paramet. links, Abbindung der Anhänge. Sodann ebenso auf der rechten Seite. Ut. wird mit Muzeux nach unten gezogen. Durchtrennung der vorderen Peritonealwand, die mit der Scheidenwand sodann vernäht wird. Herausnahme des Ut. ohne Ovarien. Nach derselben findet sich, dass noch zwei von einander getrennte Stellen des hinteren Scheidengewölbes, in der Grösse eines Fingernagels, carcinomatös sind, beide Particen werden noch exstirpiert. Hierauf werden die Resektionsstümpfe in den Wundrand herausgeleitet; einige Nähte angelegt zur Vereinigung des Periton. — Keine Tamponade. — Anblasen mit Jodoform.

Nach der Operation völliges Wohlbefinden der Pat., welches auch anhält, so dass die Heilung rasch von statten geht.

24. XII. Entfernung der Nähte. 7. I. 1890 Entlassung aus der Anstalt. Doch schon am 5. II. 1890 wird Pat. wegen Rezidiv in der Klinik behandelt. 1892 laut Bericht Exitus letalis in ihrer Heimat.

11. Pu. E., 46 Jahre alt.

Menses traten zuerst im 19. Lebensjahre auf, immer regelmässig. Dauer meist 2 Tage, Blutabgang gering. Seit 3 Monaten immer Blutabgang, bald stärker, bald schwächer. Pat. hat 2 mal geboren, zuletzt vor 20 Jahren.

Die Beschwerden, die Pat. in die Klinik führen, sind, dass sie seit $^1/_2$ Jahre den Urin nicht zurückhalten kann und seit 4 Monaten mit geringer (1—2 Tage) Unterbrechung an Blutungen leidet.

Die Digitaluntersuchung ergibt ein nicht vergrössertes Corp. ut., anteflektiert, beweglich. An Stelle der Port. vag. befindet sich ein warzenförmiger, zerklüfteter, bei Berührung leicht blutender, pilzförmig, die Scheide zum grossen Teil erfüllender Tumor, so dass ein Umgreifen des Tumors nicht möglich ist; in der Mitte dieses Tumors befindet sich eine Oeffnung. Tuben und lig. sind normal.

Op. 23. XI. 1889.

Zuerst wird das Cancroid der Port. zum grössten Teile mit den Fingern, dann mit dem scharfen Löffel entfernt. Hierauf vorgenommene Untersuchung ergibt, dass die vordere Lippe fast ganz in der Krebswucherung aufgegangen ist, dass hinten der Krebs auch eine beträchtliche Strecke der Scheide mit ergriffen hat. Metastasen in den Param. sind jedoch nicht wahrnehmbar. Verschorfung mit Paquilin. Wegen zu starker Blutung wird Op. verschoben.

Op. 25. XI. 1889. (Zuckerkandl'sche Meth.).

Das Scheidengewölbe wird an der vorderen Muttermundslippe durchschnitten, Blase zurückpräpariert. Ausstopfung der Scheide mit Jodoformgaze. Dann wird ein breiter, nach vorn convexer Bogenschnitt von einem Tub. isch. zwischen der hinteren Commissur der Vulva und dem Anus hindurch zum anderen Tub. isch. geführt, der Damm gespalten, dann stumpf bis zum Douglas weiter präpariert. Blutung nicht sehr bedeutend. Douglas wird erst nach erfolgter Retroflexionsstellung des Ut. aufgefunden. Hierauf Eröffnung des Douglas, worauf der Ut. retroflektiert aus der Wunde herausgezogen wird. Dadurch ist es möglich, die Anhänge dem Gesichte zugänglich zu machen. Legung der Ligaturen erst links, dann rechts vom Ut. durch das lig. lat. Durchtrennung des lig. lat.,

rechtes Ovar. bleibt zurück, linkes wird mitgenommen. Entfernung des Jodoformgazes aus der Scheide, Eröffnung des Perit. durch einen queren Schnitt oberhalb des Blasenansatzes. Abbindung der seitlich vom Cervix gelegenen Partien, Durchschneidung der hinteren Scheidenwand, wobei ein ziemlich grosses Stück mit entfernt wird. Ut. ist nun frei und wird entfernt. Perit. wird in der Mitte und zu beiden Seiten durch Knopfnähte vereinigt in der Weise, dass die Resektionsstümpfe in den Wundkanal herausgeleitet werden. Ausstopfung des ganzen Trichters mit Jodoformgaze. Die äussere Wunde auf beiden Seiten mit 2 Nähten vereinigt.

Dauer der Operation von 9 Uhr bis 1 Uhr 15 Min., also durch volle 4 Stunden.

Puls gegen Ende der Op. ziemlich klein, frequent. Patientin erholt sich nicht nach der Op., es tritt Somnulenz ein. 26. XI. Exitus letalis infolge Shok post operationem.

12. Dö. B., 32 Jahre alt.

Erste Menses mit 15 Jahren, immer regelmässig; Blutverlust meist gering; Dauer 5—6 Tage; Pat. gibt an, seit 3 Monaten die Zeit des Eintritts der Periode nicht mehr sicher angeben zu können, da sie seit dieser Zeit in kürzeren und längeren Pausen übelriechendes Blut verliere. Pat. hat 3 Geburten und eine Fehlgeburt durchgemacht. Letzte normale Geburt vor 2 Jahren, wobei Pat. viel Blut verloren haben will. Fehlgeburt vor 8 Jahren; Blutverlust sei hiebei gering gewesen.

Ein 3 monatlicher, beständiger, nur durch kleine Intervallen unterbrochener Blutausfluss, verbunden mit einem gelblich weissen Ausfluss, führt Pat. in die Klinik.

Die innere Untersuchung ergibt einen faustgrossen, an der Oberfläche zerklüfteten, leicht blutenden Tumor der hinteren Lippe (Cancroid), welcher auf die Scheide nicht übergreift. Corp. ut. klein, leicht beweglich, etwas retrovertiert. Paramet. völlig intakt. Tub. und Ovar. normal.

Op. 16. XII. 1889.

Umschneidung des Collum vorne, Zurückschiebung der Blase. Einschnitt in das hintere Scheidengewölbe an der vaginalen Insertion des Ut. Freilegung des Douglas, sodann Eröffnung und Erweiterung desselben. Vernähung des Perit. mit der Scheidenwand durch mehrere Nähte. Einlegung eines Schwammes in die Bauchhöhle. Vernähung des Bodens der lig. lat. durch mehrere Nähte. Abbindung der Anhänge links, dann rechts. Eröffnung des Perit. vorne. Ut. mit linkem Ovar. entfernt, rechtes bleibt zurück. Dann wird Scheide mit Perit. durch einige Nähte vereinigt. Die Resektionsstümpfe werden in die Wundöffnung herausgeleitet. Peritonealwunde durch einige Knopfnähte vereinigt. Vagina nicht tamponiert. — Heilung verläuft ohne grössere Störung. Am 26. XII. Entfernung der Nähte. Am 12. I. 1890 Entlassung der Pat. aus der Anstalt.

Dieselbe Pat. kommt am 17. XI. 1890 wieder in die Klinik und klagt über Schmerzen in der rechten Seite des Abdomens. Die Untersuchung ergibt eine wallnussgrosse Erhebung im rechten Scheidengewölbe, wo der Resektionsstumpf eingenäht war. Ebendaselbst wird auch der Knopf einer Seidenligatur gefühlt. Es werden auch Partikelchen aus dieser Stelle entnommen, lassen sich aber nicht als carcinomatöse Wucherungen erkennen. Pat. wird nach einigen Tagen wieder entlassen. Sie starb laut Bericht am 2. XII. 1891 an Carcinom in ihrer Heimat.

13. Eck. M., 35 Jahre alt.

Eintritt der Menses mit 16 Jahren, nicht stark, 4—5 Tage dauernd, regelmässig alle 4 Wochen, ohne besondere Beschwerden. Letzte Menses vor 4—5 Wochen. Pat. hat 6 mal entbunden, zuletzt vor 3 Jahren.

Vor 3 Jahren, gibt Pat. an, soll schon die Regel ganz ausgeblieben sein und vor 1 Jahr merkte sie, dass beim Husten eine Geschwulst aus der Scheide sich herausdränge. Der Arzt, den sie konsultierte, nahm ihr die

Geschwulst weg. Ebenso merkte sie vor 3 Monaten, dass sich etwas aus den Genitalien hervordränge, — der Arzt brannte Pat. Nach weiteren 14 Tagen schickte er die Pat. in die Klinik. Ihre Beschwerden sind zur Zeit Ausfluss, Mattigkeit und Abmagerung.

Bei der inneren Untersuchung findet man die vordere Muttermundlippe in ein bei Berührung leicht blutendes, zerklüftetes, kinderfaustgrosses Cancroid verwandelt, das rechts 1 cm auf die vordere Vaginalwand übergeht. Hintere Lippe fühlt sich vernarbt an. Corp. ut. klein, beweglich; Anhänge normal.

Nachdem am 8. IV. 1890 die zerfallenen Carcinommassen der vorderen Lippe mit dem Thermokauter weggebrannt und sodann Scheide mit Jodoformgaze austamponiert wurde, wird

die Operation am 11. IV. 1890 vorgenommen.

Zuerst Loslösung und Zurückpräparieren der Blase. Die carcinomatöse Degeneration der Cervix reicht ziemlich hoch hinauf, so dass dieser Akt mit ziemlichem Blutverlust verbunden ist, weil die Muzeux immer ausreissen. Eröffnung des Douglas; der Darm liegt direkt hinter dem Douglas. Linksseitige Abbindung des Scheidengewölbes mit starken Seidenfäden, sodann Vernähung der Scheide mit dem Perit. Hierauf dasselbe Verfahren rechts. Der Ut. wird jetzt mit Muzeux gefasst und retroflektiert. Dann werden die Anhänge zuerst links, dann rechts abgebunden, beide Ovarien jedoch zurückgelassen.

Eröffnung der Excavatio vesico-uterina. Vernähung des vorderen und hinteren Scheidengewölbes mit 6 Nähten.

Pat. ist sehr anämisch, nach Eröffnung des Douglas Asphixie, erholt sich aber sehr bald wieder. Sonst ist der Wundverlauf ganz normal. Am 30. IV. wird Pat. aus der Anstalt entlassen.

Ueber das weitere Befinden der Pat. konnte leider nichts in Erfahrung gebracht werden.

14. Schw. K., $36^1/_2$ Jahre alt.

Eintritt der Menses mit circa 16 Jahren von einigen Tagen Dauer mit ziemlich starken Schmerzen im Unterleib, später alle 4 Wochen regelmässig.

Die Frau hat 6 Mal entbunden; 1. Geburt war eine Zangengeburt, die anderen Geburten normal, die letzte fand vor 6 Jahren statt. Nach der ersten Geburt machte die Pat. auch einen Abort durch.

Als Beschwerden gibt die Pat. an, dass, nachdem seit der letzten Regel erst 14 Tage verflossen waren, plötzlich starker Blutverlust eintrat, der 2 Tage lang anhielt. Seit einem halben Jahre habe sie auch übelriechenden Ausfluss aus den Genitalien.

Bei der inneren Untersuchung erblickt man zwischen vorderer und hinterer Vaginalwand einen höckerigen, sammtartigen Tumor, welcher die Scheide ziemlich ausfüllt und von der vorderen Muttermundlippe ausgeht. Hintere Muttermundlippe intakt. Corp. ut. retrovertiert. Anhänge normal.

Op. 7. V. 1890.

Totalexstirpation ohne besondere Schwierigkeit. Es wird der Ut. mit dem rechten Ovar. herausgenommen. Linkes Ovar. bleibt zurück.

Heilverlauf ist normal.

Am 28. V. wird Pat. entlassen.

Bleibt bis Aug. 1892 rezidivfrei, von dieser Zeit an tritt ein gänseeigrosses Rezidiv an der linken Seite auf. Pat. ist bettlägerig und geht ihrer Auflösung entgegen.

15. Me. M., 22 Jahre alt.

Erste Menses mit 15 Jahren, von 3—4 Tagen Dauer, wenig stark, immer regelmässig. Letzte Regel vor 4 Wochen. Seit $^1/_2$ Jahre sind die Menses profus, weshalb Pat. sich an ihren Arzt wandte, welcher an ihr eine kleine Operation vornahm (Febr. 1890).

Da aber seit 14 Tagen unausgesetzt starke Blutung eintrat, so wandte sie sich an die Klinik.

Beim Eingehen mit dem Finger stösst man auf einen sehr zerklüfteten, leicht blutenden Tumor, welcher aus dem Muttermund herausragt. Die vordere Lippe lässt sich ergreifen, d. h. man kann zwischen Tumor und Muttermund eindringen. Die Besichtigung ergibt, dass die vordere Lippe seitlich in beginnendem Zerfall sich befindet; auf der rechten Seite geht der Tumor direkt an die Lippe über. Scheide und Parametrium sind frei von Infiltrationen. Ut. ist klein, liegt etwas nach rechts hinten.

Op. 22. V. 1890.

Umschneidung der Cervix vorne, — Zurückpräparieren der Blase mit einigen Schwierigkeiten, — dann ebenso hinten. Douglas findet sich sehr leicht, es werden nach seiner Eröffnung Perit. und hintere Scheidenwand mit einander vernäht. Abbindung der Parametrien links, Ut. lässt sich in normaler Lage vor die Vulva bringen. Abbindung der linken Anhänge. Nach Lostrennung des Ut. auf dieser Seite nicht unbedeutende Nachblutung aus dem rechten Parametrium, welche durch eine Seidennaht gestillt wird. Abbindung rechts, Eröffnung der Excavat. ves.-uter. Ut. ist ohne Ovarien entfernt. Vordere und hintere Vaginalwand aneinander genäht. Stümpfe nicht in den Wundwinkel hereingezogen.

Heilverlauf normal. 30. V. Entfernung der Nähte. 25. VI. Entlassung aus der Anstalt.

16. H. A., 56 Jahre alt.

Erste Menses mit 17 Jahren, von 5—6 Tagen Dauer, stark, aber immer regelmässig; vor 4 Jahren kam die Regel sehr unregelmässig, oft alle 14 Tage bei einer Dauer von 3—4 Tagen. Ostern vor 3 Jahren blieb sie ganz aus.

Pat. hat 3 mal spontan geboren, zuletzt vor 23 Jahren.

Ein schon seit langer Zeit dauernder scharfer Ausfluss, der seit letzten Winter kontinuierlich und früher

schon hie und da aus den Genitalien ausfliesst und die Umgegend der Vulva wund macht, ist ihre Beschwerde, weshalb sie die Klinik aufsucht.

Bei der inneren Untersuchung findet man die Port. vag. in einen leicht blutenden, zerklüfteten Tumor verwandelt. Die vordere Muttermundlippe in geringem Grade afficiert, von der hinteren geht das Carcinom ziemlich weit auf die Scheide über. Ut. corp. klein, beweglich. Paramet. frei.

Op. 8. VII. 1890.

Durch die sehr enge, senil atrophische Scheide Port. schwer zugängig; es werden deshalb seitliche Incisionen in die grossen Labien gemacht. Umschneidung vorne von der Cervix; Zurückpräparieren der Blase leicht. Die Umschneidung hinten gelingt erst, nachdem die grössten Massen des Cancroid mit dem scharfen Löffel entfernt worden sind. Umschneidung hinten von der Cervix. Eröffnung des Douglas. Abbindung der Paramet. links. Ut. lässt sich herunterziehen, wird retroflektiert. Dann Abbindung der Anhänge rechts. Ut. wird entfernt. Ovar. bleiben zurück. Nachblutung auf beiden Seiten durch Seidenknopfnähte gestillt, rechts kommt eine solche Naht durch das Ovar. zu liegen. Heilverlauf normal. 16. VII. Entfernung einzelner Nähte. 25. VII. Pat. geheilt entlassen. Pat. starb in ihrer Heimat laut Bericht, doch konnte über Todesursache und allenfallsiges Rezidiv nichts ermittelt werden.

17. El. B., 56 Jahre alt.

Eintritt der Menses mit 18 Jahren, von 8 Tagen Dauer, schwach, aber immer regelmässig; bis zur ersten Entbindung war der Eintritt der Regel stets mit heftigen Kreuzschmerzen verbunden; vor 3 Jahren Ausbleiben der Regel.

Pat. hat 3 mal spontan geboren, letzte Entbindung vor 15 Jahren.

Die Beschwerde, die die Pat. in die Klinik

führt, ist ein seit einem viertel Jahr bestehender fleischfarbiger Ausfluss, der von Zeit zu Zeit mit etwas Blut vermengt ist; dabei hat sie stets heftige Kreuzschmerzen. Pat. glaubt, dass ihr Leiden von einer Verkältung im letzten Winter herrührt.

Die innere Untersuchung ergibt die Portio dick, Muttermund quergespalten, geöffnet. Der Finger dringt in eine buchtige, zerklüftete, blutende, grosse Höhle ein, welche sich nach oben rechts verfolgen lässt, und das Corp. ut. zu sein scheint. Links geht oben ein faustgrosser, weicher Tumor in das Corp. ut. über, in welchen die Sonde sich nicht einführen lässt. Tuben und Lig. normal, Ovarien atrophisch.

Op. 25. VIII. 1890.

Blase lässt sich sehr leicht zurückpräparieren. Hierauf Umschneidung hinten; der eingeführte Finger eröffnet den Douglas; das Perit. zeigt sich allenthalben glatt. Umschneidung links. Unterbindung des linken Parametriums; hier gewinnt es den Anschein, als ob etwas im carcinomatösen Gewebe gearbeitet worden wäre. Sodann wird Ut. retroflektiert, mit Muzeux allmählich herausgeschafft. Der Tumor zeigt sich als erweichtes, interstitielles Myom der rechten Uteruswand, Abbindung der Anhänge links, dann rechts. Ovarien, die senil atrophisch sind, bleiben zurück. Lostrennung des Ut. nach Eröffnung der Excavat. ves.-ut. Vernähung des vorderen und hinteren Scheidengewölbes durch drei Nähte. Tamponade der Scheide durch Jodoformgaze.

Der Wundverlauf ist normal und wird Pat. am 17. IX. 1890 als geheilt entlassen. Pat. blieb noch bis 29. X. 1890 rezidivfrei, wo sie sich in der Klinik untersuchen liess. Laut Bericht starb sie am 8. VIII. 1891 an Carcinom in ihrer Heimat. Wann jedoch zuerst Rezidiv auftrat, konnte nicht ermittelt werden.

18. K. M., 69 Jahre alt.

Erste Menses trat mit 17 Jahren ein, von 8 Tagen

Dauer, schwach, doch regelmässig alle 4 Wochen wiederkehrend. Die letzte Regel im 48. Jahre.

Pat. hat 8 mal spontan entbunden.

Pat. klagt über Schmerzen im Kreuz, welche sie jedoch schon seit 13 Jahren belästigen und deren Ursache sie auf einen damaligen chirurgischen Eingriff zurückführt. Seit Neujahr leidet sie an blutigem und meist gelblichem Ausfluss. Bei der inneren Untersuchung findet man Port. kurz und ulceriert. Ulceration geht auf die linke Scheidenwand über. Die Cervixhöhle ist weit und klaffend und in ganzer Ausdehnung ulceriert und höckerig, bei Berührung leicht blutend. Der Ut. ist retrovertiert, aber beweglich. Die Parametrien sind frei. Ovarien atrophisch.

Op. 31. I. 1891.

Fixierung der Port. durch mehrere durchgeführte Nähte. Der Ut. lässt sich ziemlich gut herunterziehen. Ablösung der Blase leicht. Abbindung mit Aneurysmanadeln bis zum Fundus beiderseits, dann Retroflektierung und Abbindung der beiderseitigen Tuben. Links vom Cervix findet die Abbindung nicht ganz in gesundem Gewebe statt. Vernähung der hinteren und vorderen Scheidenwand und des Perit. Einnähung der Stümpfe in die Wundecken. Jodoformtamponade.

Wundverlauf war ein normaler. Am 13. II. wird Pat. als geheilt entlassen. Pat. starb in ihrer Heimat am 7. VII. 1891 an Carcinomrezidiv.

19. M. B., 55 Jahre alt.

Erste Menses mit 19 Jahren, 5—7 Tage dauernd, schwach, jedoch auch zeitweise stark; alle 4 Wochen regelmässig wiederkehrend. Vor 2 Jahren trat bei ihr die Menopause ein.

Pat. hat 6 spontane Geburten durchgemacht, letzte vor 17 Jahren.

Seit Weihnachten vorigen Jahres bemerkt Pat., dass ihr Abdomen an Umfang zunimmt; zugleich leidet sie

an Schmerzen im Leibe und besonders im Kreuze. Ferner klagt die Kranke über erschwerten Stuhlgang und über arge Blähungen. Wasserlassen war früher erschwert, jetzt normal. Im vorigen Sommer bekam sie auch weisslichen Ausfluss, dann darauf im Herbste blutigen Ausfluss, der bis ungefähr 6 Wochen vor Weihnachten dauerte. Jetzt hat sie keinen Ausfluss mehr.

Bei der Untersuchung sieht man, dass der Ut. mit seinem Fundus bis an den Nabel reicht. Er zeigt kleine knollige Auftreibungen. Die ganze Cervixhöhle ist carcinomatös ulceriert und bei Berührung leicht blutend. Durch die Cervix gelangt man eine Strecke weit mit einem Finger in die Uterushöhle, die zerfallen sich anfühlt. Die Sonde geht nicht viel weiter wie normal hinauf. Beiderseits fühlt man, besonders links in den Parametrien, flächenhafte Resistenzen, die aber glatt und nicht knollig sind. Der ganze Ut., der durch Myom vergrössert erscheint, ist auffallend beweglich. Die Scheide ist frei von Carcinom.

Op. 2. III. 1891.

Es wird die Freund'sche Operationsmethode ausgeführt mit der Modifikation, dass die Blase von der Scheide aus zurückgetrennt und die Parametrien auch von der Scheide aus unterbunden werden sollen. Nach kräftiger Desinfektion der Scheide und Uterushöhle, wobei auffällt, dass der Fritsch-Katheter bei leichtem Druck immer höher in den Tumor hinauf vordringt, wird die Cervix mit Knopfnähten verschlossen. Die Blase lässt sich leicht hinaufschieben und der Ut. ist ebenfalls rings gut zu umschneiden. Beim Vernähen der Cervix fiel auch die hochgradige Brüchigkeit des Gewebes auf. Da Douglas schwer aufzufinden war, wurde beschlossen, die Unterbindung der Parametrien von unten aufzugeben, da zu gleicher Zeit heftige Blutung aus der Cervix bestand. Nach Tamponade der Scheide wurde trotz der Anzeichen, dass das Carcinom doch weiter vorgeschritten war, als man vermutete, dennoch wegen der seltenen Beweglich-

keit des Tumors zur Laparotomie geschritten. Bei Eröffnung der Bauchhöhle fiel sofort eine beträchtliche Blutung aus den Weichteilen auf und nach Durchtrennung des Bauchfelles zeigte sich, dass der bis zum Nabel reichende Ut. eine grosse Carcinommasse war. Die Operation wurde deshalb wegen Aussichtslosigkeit auf irgend einen Erfolg sofort unterbrochen und die Bauchwunde mit Knopfnähten geschlossen.

Pat. zeigte abends leichte Temperatursteigerung, Puls 120—130.

3. III. Puls beschleunigt sich noch mehr; Leib aufgetrieben und schmerzhaft.

4. III. Nachts Eintreten von Schüttelfrost und allmählicher Verfall.

6. III. Exitus letalis. Sektion ergab ein über Kindskopf grosses Carcinom des Corp. ut.

20. Ed. A., 65 Jahre alt.

Die ersten Menses mit 15 Jahren, 8 Tage dauernd, mittelstark. Regelmässige Wiederkehr alle 4 Wochen, 5—6 Tage lang. Mit 52 Jahren Menopause.

Seit 12 Wochen klagt Pat. über Schmerzen im Unterleib und verstärkten weissen Ausfluss. Am 18. IV. 1891 rote Verfärbung des Ausflusses. Dauer bis zur Aufnahme in die Klinik.

Bei der inneren Untersuchung trifft man Ut. etwas reponiert. Corp. ein bischen vergrössert, zeigt keine knolligen Erhebungen. Port. ist unverändert und ebenso die Cervix; dagegen fühlt sich die hintere Uterusfläche etwas uneben an. Parametrien sind frei von carcinomatösen Metastasen.

Op. 21. IV. 1891.

Herunterholung des Ut. mit Muzeux. Vernähung der Cervix mit 5 Seidenligaturen. Sodann Umschneidung des vorderen Scheidengewölbes, ebenso hinten und seitlich. Lostrennung der Blase gelingt leicht, Eröffnung des Douglas ebenfalls. Bei Abbindung der Parametrien

zeigt sich, dass der Ut. schon im höchsten Grade von carcinomatösen Wucherungen durchsetzt und infolge dessen sehr brüchig ist. Bei allmählicher Lostrennung der beiden Seiten reisst plötzlich die ganze Cervix und der untere Teil des Uteruskörpers ab. Eine ziemlich heftige Blutung tritt auf. Da die Pat. bereits ziemlich kollabiert ist, ist man genötigt, um nicht vollständigen Collaps infolge von Verblutung aus den nicht mehr erreichbaren blutenden Partien des Ut. herbeizuführen, zur Laparotomie zu schreiten Nach Eröffnung des Bauches wird Ut. in die Schnittwunde hinaufgezogen und beide Parametrien mit je 2 Ligaturen rasch umstochen und abgetrennt. Da die Blutung nunmehr steht, wird die Bauchhöhle wieder geschlossen und von der Scheide aus weiter operiert. Die Stümpfe beiderseits in die Scheide eingenäht und dann Scheide, sowie Douglas bis auf reichlich fingerbreite Oeffnung verschlossen. Durch diese Oeffnung Jodoformgaze eingelegt. Die Scheide wird ebenfalls mit Jodoformgaze tamponiert. Pat. hat sich etwas erholt und wird ins Bett gebracht. Abdomen auf Druck sehr empfindlich.

2. V. 1891. Pat. kollabiert wieder, es stellen sich auch die übrigen Symptome einer Peritonitis ein. Abends Exitus letalis.

21. Mü. A., 57 Jahre alt.

Erste Menses mit 19 Jahren, Dauer 3 Tage, schwach; dann Pause von einem Jahre, während derselben fortwährend Beschwerden. Hierauf regelmässige Wiederkehr alle 4 Wochen, von 8 Tagen Dauer, stark. Mit 46 Jahren Menopause.

Pat. hat 8 mal spontan entbunden; Wochenbett stets normal mit Ausnahme des 6. Ausserdem hat Pat. auch einen Abort durchgemacht.

Als jetzige Beschwerden gibt die Pat. an, seit 19 Wochen geringer Blutabgang, seit 10 Wochen Schmerzen im Kreuz und Unterleib.

Bei der inneren Untersuchung trifft man Ut. mässig vergrössert, Cervix ist in einen tiefen, durch Ulcerationen zerklüfteten Krater verwandelt. Carcinom geht auf das hintere Scheidengewölbe über. Parametrien sind frei.

Op. 9. V. 1891.

Nach Vernähung der Cervix wird Blase lospräpariert und sodann Cervix umschnitten. Hierauf Eröffnung des Douglas, welche mit ziemlichen Schwierigkeiten verbunden war. Dann Unterbindung der Parametrien bis $^2/_3$ gegen den Fundus. Sodann Ut. retroflektiert und von den Tuben aus die Unterbindung beendet. Nach Entfernung des Ut. wurde Douglas und die hintere und die vordere Scheidenwand vereinigt, die Stümpfe beiderseits eingenäht und mit Jodoformgaze tamponiert.

Wundverlauf normal, ohne jegliche Störung.

20. V. Pat. steht auf.

26. V. Pat. wird als geheilt entlassen.

Doch schon am 18. X. 1892 grosses Scheidenrezidiv und 2. IV. 1893 Exitus letalis.

22. He. M., $46^1/_2$ Jahre alt.

Erste Menstruation trat mit 14 Jahren ein, von 3—4 Tagen Dauer, mässig stark. Alle 4 Wochen regelmässige Wiederkehr. Letzte Regel hatte Pat. vor 8 Tagen, sie dauerte 5 Tage und war mässig stark. Seit Frühjahr 1890 verspürte Pat. bei den Menses Schmerzen.

Vor 18 Jahren hat Pat. einmal spontan geboren.

Pat. klagt seit Febr. 1890 über reissende Schmerzen, bald über den ganzen Unterleib, bald mehr in beiden Seiten, zeitweise und zwar weniger stark auch im Kreuz.

Seit Frühjahr merkt Pat., dass sie abgemagert ist; auch fühlt sie sich seit dieser Zeit sehr matt.

Bei der inneren Untersuchung fühlt sich die Port. derb an, äusserer Muttermund ist grösser, Cervikalkanal rauh und uneben. Hinter dem äusseren Muttermund kommt man in eine rauhe, unebene, höckerige, bröckliche Höhle, welche bei Berührung leicht blutet. Corp.

ut. normal gelagert, vergrössert, mit einigen knolligen Erhabenheiten bedeckt, so eine an der hinteren Wand 5 Pfennigstück gross. Ut. ist hinten etwas fixiert. Anhänge normal.

Op. 1. XI. 1891.

Blase wird zurückpräpariert, hierauf Douglas eröffnet. Abbindung der Parametrien. Umschneidung der linken Partie der Cervix, hiebei hat es den Anschein, als wenn nicht ganz im Gesunden operiert würde. Ziemlich bedeutende Blutung. Pat. wird sehr anämisch. Puls sehr klein, frequent. Ut. wird jetzt retroflektiert, mit Muzeux herausgewälzt. Da Ut. sehr morsch ist und Muzeux sehr leicht ausreissen, bekommt er Risse und es ergiesst sich Jauche in die Scheide. Nach Ausspülung derselben werden die Anhänge zuerst links, dann rechts abgebunden. Beide Ovarien bleiben zurück. Hierauf wird vordere und hintere Scheidenwand mit Knopfnähten geschlossen. Scheide mit Jodoformgaze tamponiert.

Da Pat. fast pulslos ist, werden Kochsalzinjektionen unter die Haut gemacht (ca. 12 Spritzen). Pat. erholt sich bald und der weitere Wundverlauf ist ohne Störung. Am 27. XI. wird Pat. als geheilt entlassen.

Laut Bericht starb Pat. am 10. XII. 1892. Ob an Carcinomrezidiv, konnte leider nicht in Erfahrung gebracht werden.

23. Pa. A., 49 Jahre alt.

Mit 19 Jahren trat die erste Regel ein und soll sehr stark 6 Wochen gedauert haben, dann ist sie regelmässig alle 4 Wochen 5—6 Tage stark wiedergekehrt.

Pat. hat 4 mal spontan entbunden, zuletzt vor 13 Jahren. Vor 26 Jahren hatte sie einen Abgang im 5. Monat.

Der Pat. Beschwerden und Klagen gehen dahin, dass seit einem Jahre die Menses sehr unregelmässig und profus auftraten. Seit 14 Tagen will sie in einemfort bluten. Da sie glaubte, dass die Menopause eintrete,

zog sie erst vor ca. 4 Wochen, als sie Kreuzschmerzen bekam, den Arzt zu Rate, der sie in die Klinik schickte. Oefters sei auch ein rosa gefärbter Ausfluss vorhanden gewesen.

Der Ut. ergab sich bei der inneren Untersuchung als etwas vergrössert und bei Palpation empfindlich. Cervixschleimhaut durch carcinomatöse Wucherungen zerstört, welche auch bis in den Fundus heraufzugehen scheinen. Uterusschleimhaut fühlt sich bei der Sondierung sehr rauh an und leicht blutend. Im Parametrium findet man links und ganz besonders rechts Infiltrationen, von denen aber nicht deutlich nachzuweisen ist, ob sie carcinomatöser Natur sind. Knotenbildung im Parametrium nicht nachweisbar. Tuben und Mutterbänder sind frei.

Op. 22. VII. 1891.

Totalexstirpation wird in üblicher Weise ausgeführt. Infolge langem Suchens nach dem Douglas sehr erheblicher Blutverlust und fast Pulslosigkeit. Im rechten Parametrium ist leider Abtragung im gesunden Gewebe nicht mehr möglich, wie sich herausstellte, war die infiltrierte Partie doch carcinomatös.

Nachdem Pat. ins Bett verbracht, erholt sich der Puls rasch wieder, doch abends Temperatursteigerung.

25. VII. Bis heute noch keine Blähungen abgegangen. Meteorismus steigert sich und macht Pat. Beschwerden. Vereinzelte Anfälle von Erbrechen.

26. VII. Peritonitische Erscheinungen steigern sich. Bei Einführung des Specul. behufs Inspektion fliesst reichliches, übelriechendes, missfarbenes Sekret aus der Scheide. Das Erbrechen und die übrigen Erscheinungen nehmen zu. Temperatur und Puls steigert sich.

27. VII. Hochgradiger Kräfteverfall. Mitternachts Exitus letalis infolge septischer Peritonitis.

24. Wu. M., 43 Jahre alt.

Erste Menses mit 18 Jahren, stark, alle 4 Wochen

regelmässige Wiederkehr, ca. 6 Tage dauernd, bis sie vor etwa 6 Wochen sistierte.

Pat. hat 8 mal normal entbunden und 2 Aborte durchgemacht.

Die Beschwerden, die Pat. in die Klinik führten, sind folgende: Ein sechswöchentlicher unausgesetzter Blutabgang. Schon vor ca. 10 Wochen hat Pat. beim Coitus Blutabgang gemerkt.

Bei der inneren Untersuchung findet man an Stelle der vord. Lippe einen tiefen, jauchigen Tumor, dessen Umgebung hart infiltriert ist. Cervix ist verdickt, Schleimhaut der Cervix erscheint gesund. Aeusserer Muttermund für einen Finger durchgängig. Ut. normal gross, doch stark retroflektiert, aber gut beweglich. Parametrium frei von Verdickungen. Tuben und Bänder vollständig gesund.

Op. 14. I. 1892.

Ut. gut herabziehbar. Cervix wird mit mehreren Nähten geschlossen. Port. wird rings umschnitten. Blase wird hoch zurückpräpariert und hierauf der Douglas eröffnet. Hierauf Abbindung der linken Anhänge. Es gelingt nun leicht, den Ut. vor die Genitalien zu ziehen, worauf die Abbindung rechts sehr leicht bewerkstelligt wird. Auf dieser Seite werden Tube und Ovarien mit entfernt. Die Stümpfe werden beiderseits in die Wunde hereingezogen und durch Nadeln fixiert. Perit. und Scheidenwand werden völlig geschlossen.

Der Puls der Pat. sehr klein, erholt sich aber sehr rasch.

Bis 16. I. ist das Wohlbefinden der Pat. ein ganz normales, da steigen Puls und Temperatur und aus der Scheide entleert sich etwas übelriechendes Sekret. Infolge dessen wird in der Mitte der Scheidenwunde eine Naht entfernt, worauf sich eine grosse Menge äusserst übelriechender, jauchiger Flüssigkeit entleert.

17. I. Leib noch stets tympanitisch aufgetrieben. Puls 120, klein.

20. I. Puls fadenförmig. Pat. fast ständig benommen. Morgens Erbrechen kotig riechender Massen. Nachmittags mehrfaches Erbrechen, kalter Schweiss.

21. I. Einige Besserung, Brechen eingestellt.

22. I. Brechen stellt sich wieder sehr stark ein. Abends Pat. moribund.

23. I. Exitus letalis infolge eiteriger Peritonitis.

25. Tr. K., 41 Jahre alt.

Erste Menses mit 16 Jahren, 3 Tage dauernd; Wiederkehr alle 4 Wochen, immer schwach, 3—4 Tage dauernd. 2 Monate nach der letzten Entbindung vor 20 Wochen glaubt Pat. die letzte Regel gehabt zu haben. (Pat. stillte bis vor 2 Tagen.)

Pat. hat 8 mal entbunden.

Seit der letzten Regel klagt Pat. über einen anfangs schwächeren, in letzter Zeit stärkeren Ausfluss aus der Scheide. In letzter Zeit, seit etwa 9 Wochen, ist derselbe leicht blutig. Vor 4 Wochen ging Pat. zum Arzt, der ihr riet, die Klinik aufzusuchen.

Bei der inneren Untersuchung findet man die Portio in eine grosse, ulcerierte, mit jauchig zerfallenen Massen bedeckte Geschwürsfläche verwandelt. Die Ulceration ist von harter, wenig scharf begrenzter Infiltration umgeben; nach hinten greift das Geschwür auf das Scheidengewölbe über, besonders weit reicht sie nach links. Cervix ist hart infiltriert, Ut. etwas vergrössert, normal gelagert. Er ist völlig leicht beweglich und gut herabzuziehen, nur spannt sich hiebei das linke Parametrium stärker an. Eine deutliche Infiltration oder Knoten sind jedoch auch auf dieser Seite nicht nachweisbar. Ovarien sind normal.

Op. 16. II. 1892.

Die ulcerierten Partien werden mit dem scharfen Löffel entfernt, hierauf das Carcinom, sowie die Scheide mit 5 % Karbollösung desinfiziert und ausgespült. 8 tiefgreifende Seidennähte werden durch die Cervix zum

besseren Herunterziehen und zur Stillung der nicht unbeträchtlichen Blutung gelegt. Umschneiden der Neubildung in grosser Ausdehnung, Blase wird leicht zurückgeschoben. Hierauf beiderseitige Umstechung der Basis der lig. lat. Eröffnung des Douglas. Einige Ligaturen werden in das linke Parametrium gelegt, hierauf rechts dasselbe Verfahren. Ovarium dieser Seite wird mit entfernt. Nach völligem Zurückschieben der Blase Abbindung der Excavatio vesico-uterina. Ut. wird nun vor die Wunde gewälzt und in situ die linke Seite von der Tube beginnend abgebunden, und das linke Ovarium mit entfernt. Die Stümpfe werden beiderseits in die Scheidenwunde hereingezogen und festgenäht. In der Mitte bleibt die Scheidenwunde offen. Wunde und Scheide sodann mit Jodoformgaze tamponiert.

Wundverlauf ist ganz normal. Pat. wird am 12. III. 1892 geheilt entlassen. Die Heilung ist von Dauer und ist Pat. ohne Rezidiv geblieben.

26. Ki. M., 33 Jahre alt.

Erste Menses mit 16 Jahren, regelmässige Wiederkehr alle 4 Wochen, immer stark 4—5 Tage dauernd.

Pat. hat 4 mal normal entbunden.

Seit 25. Okt. vorigen Jahres klagt Pat. über permanenten Blutverlust aus der Scheide, welcher zur Zeit der Regel immer stärker werde. Pat. hat immer etwas Drang zum Wasserlassen.

Bei der inneren Untersuchung findet man an Stelle der Vaginalportio eine grosse, mit jauchigen Zerfallsprodukten bedeckte, ulcerierende Fläche, deren Umgebung hart infiltriert ist. Lippen sowie Muttermund sind nicht zu unterscheiden. Die Neubildung geht rechts vorne und hinten oben auf das Scheidengewölbe über, nach links hin reicht sie ebenfalls bis in die Scheidenwand. Die Cervix ist verdickt, Ut. nicht vergrössert, normal gelagert, völlig frei beweglich. Tuben und Ovar. normal. Parametrium völlig frei von Infiltrationen, nur scheint

das linke etwas verdickt, aber keine Knoten oder feste Stränge nachweisbar.

Op. 19. II. 1892.

Nachdem Tags zuvor die verjauchten Massen mit dem scharfen Löffel entfernt wurden, wird am 19. II. zur Totalexstirpation geschritten.

Um den Ut. besser herabziehen zu können, werden durch die Cervix mehrere Nähte gelegt. Umschneidung der Neubildung zunächst vorne, dann hinten und an den Seiten. Vordere und hintere Scheidenwand mit Seidenfäden gefasst, die zugleich zur Blutstillung dienen. Hierauf wird die Blase zurückpräpariert, auch hinten wird die Cervix ohne Schwierigkeit freigelegt. Sodann Eröffnung des Douglas. Abbindung der rechten Anhänge bis hinauf zur Tube, diese und lig. rotund. werden gesondert unterbunden. Es gelingt jetzt durch leichten Zug den Uterusfundus vor die Scheidenwunde zu bringen. Hierauf werden die linken Anhänge von oben beginnend, abgebunden. Die unteren Partien des lig. lat. sehen etwas verdächtig aus. Die Unterbindungen werden möglichst weit vom Cervix weg gelegt. Beide Stümpfe werden durch je 2 Suturen in die Scheidenwunde eingenäht; die Mitte bleibt offen. Jodoformgazestreifen in die Bauchhöhle, Tamponade der Scheide.

Der Wundverlauf geht ohne weitere Störungen vor sich. 1. III. werden einige Stumpfligaturen entfernt. 10. III. wird Pat. als geheilt entlassen. Doch schon im Juli 1892 trat Rezidiv auf, und 23. II. 1893 starb Pat. in ihrer Heimat.

27. R. M., 31 Jahre alt.

Erste Regel mit 15 Jahren, stark. Alle 4 Wochen regelmässige Wiederkehr, immer stark 8 Tage dauernd.

Pat. hat 4 mal spontan entbunden.

Seit der letzten Entbindung vor $12^1/_2$ Wochen klagt Pat. über permanenten Abgang von Blut aus den Geschlechtsteilen, der bald stärker, bald schwächer auf-

getreten ist. Seit 8 Tagen bestehen auch Schmerzen im Kreuz, auch gibt Pat. an, durch den Blutverlust matt und müde geworden zu sein.

Bei der inneren Untersuchung findet man an Stelle der Portio eine grosse ulcerierende Fläche mit hart infiltrierten Rändern und mit jauchigen, leicht blutenden Massen bedeckt. Die Ulceration greift links vorne und hinten auf die Scheide über. Muttermund und Cervikalkanal nicht aufzufinden. Cervix hart infiltriert, stark verdickt. Corp. ut. vergrössert, scharf retroflektiert, aber leicht aufzurichten. Der Ut. im ganzen gut beweglich, links weniger, kann auch gut herabgezogen werden, hinten spannt sich jedoch das linke lig. recto-uterinum stark an. Parametrien sind frei, jedoch fühlt sich das linke etwas verdickt an. Carcinomatöse Stellen lassen sich aber trotzdem nicht nachweisen. Ovarien normal.

Op. 4. III. 1892.

Die zerfallenen Massen werden mit dem scharfen Löffel entfernt. Einige starke Seidennähte zur Handhabe durch die Cervix gelegt. Hiernach nochmalige Desinfektion mit 5 % Karbolsäure. Umschneidung in grosser Ausdehnung. Freipräparieren der Cervix mit stumpfer Gewalt. Umstechung und Abtragung der Basis der Parametrien. Freilegung des Douglas, sodann Eröffnung desselben. Es entleert sich aus dem Perit. eine beträchtliche Menge heller, gelblicher, seröser Flüssigkeit. Einlegen eines gestielten Schwammes. Zunächst wird links mit der Abbindung des lig. lat. begonnen, sodann rechts; auf dieser Seite wird das Ovar. mit entfernt. Blase wird völlig zurückgeschoben und die Excavat. vesico-uterina abgebunden. Ut. wird nun aus der Wunde gezogen und von oben an der Tube beginnend, unter Wegnahme des linken Ovariums der Rest des lig. lat. abgebunden. Hier gelingt die Abtragung dicht am Carcinom. Es entleert sich nun wiederum eine grosse Menge seröser Flüssigkeit aus dem Abdomen. Stümpfe werden beiderseits in die Scheidenwunde eingenäht. In der Mitte der Wunde wird

ein Jodoformgazestreifen hinaufgeschoben und die Scheide mit Jodoformgaze tamponiert.

Wundverlauf ist normal und wird Pat. am 23. III. 1892 als geheilt entlassen. Jedoch am 19. VII. 1892 wird Pat. wegen Rezidiv rechts in der Narbe in der Klinik behandelt. Pat. stirbt am 5. II. 1893.

28. An. K., 73 Jahre alt.

Ueber Beginn der Menses ist leider nichts zu erfahren. Nachdem sie im 48. Jahre der Pat. ausgeblieben sind, treten vor 3 Jahren zum erstenmale wieder blutige Ausscheidungen auf, jedoch ganz unregelmässig; anfangs geringer Blutverlust, mehr ein blutig wässeriger Ausfluss, der auch zeitweise übelriechend ist.

Pat. klagt, dass die Blutung seit 2 Monaten fast beständig andauert, zeitweise ist der Blutverlust ein sehr starker, so dass auch ganze Klumpen „Blut“ abgehen. Pat. ist in der letzten Zeit sehr heruntergekommen, fühlt sich sehr schwach und matt.

Bei der inneren Untersuchung findet man eine völlig atrophische Port., aus dem Muttermund entleert sich fortwährend Blut. Corp. ut. gross (8 cm), antivertiert, Ut. ziemlich weich, völlig frei beweglich, leicht hervorzuziehen. Die Sonde dringt besonders an der hinteren Fläche in weiche Massen. Tuben und Bänder sind normal. Ovarien sind atrophisch.

Nachdem am 26. III. 1892 vorsichtig die Mucosa ut. exkochleiert und mikroskopisch ein Carcinoma adenomatosum festgestellt worden ist, erfolgt

28. III. 1892 die Totalexstirpation.

Nachdem durch die Portio zur besseren Handhabe mehrere Nähte gelegt worden sind, wird die Portio rings umschnitten. Nach Zurückpräparierung der Blase und beiderseitigen Abbindung der Basen der Parametrien durch 3—4 Suturen wird der Douglas eröffnet und das Peritoneum durch eine Nadel hinten an die Scheide fixiert. Sodann beiderseits schrittweise Unterbindung

und Durchtrennung der lig. lat. Während der Ut. immer tiefer herabgezogen wird, passiert es, dass irrtümlicherweise das Perit. an seiner vorderen Fläche eröffnet wird, so dass die Excavatio vesico-uterina gar nicht zu Gesicht kommt. Als dieser Irrtum erkannt worden ist, wird auch hier das Perit. eröffnet und es lässt sich der Fundus umgreifen. Blutverlust ist nicht stark, doch hat die Op. etwas lange gedauert, weshalb der Puls allmählich anfängt, klein zu werden. Was noch zu unterbinden ist, wird rasch unterbunden, die atrophischen Ovarien und Tuben werden zurückgelassen. Nach Entfernung des Ut. werden die Stümpfe beiderseits in die Scheidenwunde hereingezogen und hier mit grossen Suturen vernäht. Die Mitte der Scheidenwunde bleibt offen und wird ein Jodoformgazestreifen hinaufgeschoben.

Nach der Op. ausgesprochener Collaps. Pat. erwacht erst mehrere Stunden nach der Op. In den ersten 4 Tagen ist der Zustand ein äusserst Besorgnis erregender. Vom 1. IV. tritt dann Besserung ein, die auch eine andauernde bleibt. Am 26. IV. wird Pat. als geheilt entlassen. Pat. ist zur Zeit im besten Wohlbefinden und rezidivfrei.

29. Fi. E., 48 Jahre alt.

Zum ersten Mal mit 14 Jahren menstruiert. Regelmässige Wiederkehr bis vor 3 Jahren; von dieser Zeit an bleibt die Regel 2—3 Monate aus. Seit 2 Jahren immerwährende Blutungen. Seit $^1/_2$ Jahr weisser Fluss.

Pat. hat 1 mal spontan entbunden. Während der Geburt soll sie „Convulsionen“ gehabt haben.

Pat. klagt über starke Blutungen seit 2 Jahren, welche bis vor $^1/_2$ Jahre dauerten; seitdem weisser Fluss. Ihr behandelnder Arzt schickt sie in die Klinik.

Bei der inneren Untersuchung findet man die Portio klein, nach hinten gerichtet, mit seitlichen Einrissen. Muttermund bequem für einen Finger durchgängig, ebenso die Cervix. Oberhalb des inneren Muttermundes stösst

der Finger auf weiche, bröckliche, leicht unter Blutung zerdrückbare Massen, welche das ganze Endometrium erfüllen. Corp. sehr gross, antiflektiert, nach rechts verlagert, hart, sehr leicht beweglich. Tuben völlig frei, Parametrium ebenso. Linkes Ovarium vergrössert.

Op. 20. VII. 1892.

Cervix wird zugenäht. Umschneidung der Portio, vordere und hintere Scheidenwand mit Nähten gefasst. Blase wird hoch hinaufgeschoben, den Douglas zu eröffnen gelingt zunächst nicht. Trotz der jetzt erfolgten Eröffnung der Excavatio vesico-uterina gelingt es nicht, den Ut. zu antiflektieren und ihn aus der Wunde herauszubringen, da er zu gross ist. Hierauf beiderseitige Abbindung der Parametrien. Endlich gelingt es auch den Douglas zu eröffnen. Der Ut. ist jedoch so gross, dass die Unterbindung der lig. lat. wesentliche Schwierigkeiten bereitet, am nächsten gelingt es hierauf nach rechts. Da beim Anziehen des Ut. immer jauchige Brühe sich aus der Cervix entleert, wird Cervix nochmals zugeschnürt. Nach vergeblichen Retroflexionsversuchen gelingt es endlich, den Ut. vom Rectum aus umzustülpen. Nunmehr wird der Rest des lig. lat. und die Tube rechts mit einer Doppelligatur versorgt, links der Rest mit mehreren Umstechungen. Nach nochmaliger gründlicher Desinfektion (Sublimat 1 . 4000) wird der linke Stumpf in die Scheidenwunde hereingezogen und hier durch 2 Nähte festgenäht, die zugleich die Scheidenwunde verkleinern. Ebenso wird es rechts gemacht. Zum Schlusse kräftige Jodoformgazetamponade. Tuben und Ovarien sind zurückgeblieben.

Der Heilverlauf geht ohne jede Störung vor sich. Pat. wird 11. VIII. als geheilt entlassen.

Am 22. IX. 1892 wird Pat. wieder in der Klinik untersucht. Rezidiv konnte nicht nachgewiesen werden. Leider konnte über den weiteren Gesundheitsverlauf der Pat. von dieser Zeit an nichts in Erfahrung gebracht werden, da ihr Aufenthaltsort nicht ermittelt wurde.

30. Ko. K., 34 Jahre alt.

Seit dem 16. Lebensjahre, 6—7 Tage dauernd, menstruiert. Blutabgang stark. Regelmässige Wiederkehr bis Sommer 1892.

Pat. hat 6 mal spontan geboren. 4 Kinder tot geboren.

Pat. leidet den ganzen Sommer über an Blutungen, hat aber keine Schmerzen nebenher. Ihr behandelnder Arzt schickt sie in die Klinik.

Ueber Verhältnisse des Genitaltraktus konnte leider nichts in Erfahrung gebracht werden.

Op. 1. XI. 1892.

Vor Beginn der Op. wird mit dem scharfen Löffel die Hauptmasse des Carcinoms der vorderen Lippe ausgeräumt und dann mit dem Paquelin verschorft. Da aber die Blutung nicht steht, werden dicke Nadeln durch die vordere und hintere Lippe, welch letztere gesund ist, durchgezogen und geknotet. Hierauf wird nach üblicher Weise der Ut. exstirpiert. Der Douglas wird nach Lospräparierung der Blase gleich in der Schnittfläche getroffen und eröffnet, die Parametrien der linken Seite und dann die Anhänge derselben Seite unterbunden. Bei der Unterbindung der Anhänge bleibt das Endstück der Tube und des Ovarium zurück und wird erst nach Entfernung des Ut. ebenfalls exstirpiert. Die rechten Anhänge werden von oben herunter teilweise abgebunden und abgetragen. Die Ecken der Scheidenwunde werden vereint und die unteren Stümpfe, nachdem sie mit dem Paquelin verschorft sind, in die Scheidenwunde eingenäht. Die Mitte der Scheidenwunde bleibt offen und wird mit Jodoformgaze tamponiert.

Ueber Wundverlauf sind in der klinischen Krankengeschichte keine Aufzeichnungen gemacht. Ebenso kann ich über die weiteren Gesundheitsverhältnisse ausserhalb der Klinik nicht berichten, da ich auf meine Zuschrift keine Antwort erhalten habe.

31. Lu. J., 44 Jahre alt.

Erste Regel trat mit dem 17. Jahre auf, 5 Tage dauernd, stark blutend, stets regelmässig alle 4 Wochen wiederkehrend, bis Aug. 1892.

Pat. hat 6 mal normal entbunden.

Ferner gibt Pat. an, dass im Aug. 1892 auf einmal sehr starke Blutungen aufgetreten seien, da anfangs keine Schmerzen vorhanden, sucht sie erst Ende Okt. einen Arzt auf, weil seit dieser Zeit auch Schmerzen im Kreuze aufgetreten sind. Auf Rat ihres Arztes sucht sie die hiesige Klinik auf.

Bei der inneren Untersuchung findet man die Portio verdickt, etwas nach vorne gerichtet, an Stelle des Muttermundes ein tiefes, knotenförmiges Geschwür mit jauchigen, unregelmässigen, zerfressenen Rändern, die von harten Infiltrationen umgeben sind. Cervix stark verdickt, Corp. normal gross retrovertiert, leicht aufzurichten und herabzuziehen. Linkes Parametrium vollständig frei, rechtes spannt sich beim Tieferziehen in deutlichen Strängen, enthält aber keine knolligen Auftreibungen. Ovarien und Tuben sind ganz normal. Da am 10. XII. Pat. sehr starken Blutabgang hatte, und man bei der Untersuchung wahrnahm, dass das Blut hoch herab aus der Cervix rieselte, so wurde mit dem fer. cand. eine gründliche Verschorfung vorgenommen, worauf die Blutung stand.

Op. 14. XII. 1892.

Nach mehrmaliger Verschorfung der Carcinomhöhle wird die Portio durch eine Reihe starke Nähte, die zugleich als Handhabe dienen, verschlossen; sodann Umschneidung der Portio, Blase stumpf zurückpräpariert. Douglas wird rasch eröffnet. Abbindung der linken Parametrium-Basis, sodann des linken lig. lat. Tube und Ovar. bleiben auf dieser Seite zurück. Durchtrennung der Excavat. ves.-uter., Ut. wird vorgezogen. Abbindung der rechten Seite von der Tube aus beginnend. Tube und Ovarium bleiben auch hier zurück. Auf dieser Seite

wird der Stumpf nochmals angezogen und mehrere Nadeln möglichst weit nach hinten und seitlich gelegt, weil hier der verdächtige Strang verlauft. Das abgeschnürte Stück wird mit dem Paquelin verschorft. Die Stümpfe werden in die Scheide hereingezogen und hier festgenäht, in der Mitte bleibt die Scheide jedoch offen. Jodoformgazetamponade.

Wundverlauf geht ohne weitere Störung vor sich. Am 8. I. 1893 wird Pat. entlassen. Pat. war im Mai 1893 noch rezidivfrei, doch musste leider Nov. 1893 ein Rezidiv konstatiert werden.

32. Fö. M., 62 Jahre alt.

Erste Menses mit 16 Jahren, immer regelmässig. Menopause im 50. Lebensalter.

Pat. hat 4 mal spontan entbunden. Wochenbett normal.

Vor 2 Jahren bemerkte Pat. Blutabgang. Dauer desselben mit Unterbrechung $^1/_4$ Jahr; keine Schmerzen. Dann Pause bis April 1890. Wiederkehr der blutigwässerigen Ausscheidung, welche bis jetzt dauern. Unterleibsschmerzen, welche hie und da auf die Blase ausstrahlen, bestehen seit einem Vierteljahre.

Bei der inneren Untersuchung findet man Corp. ut. nicht vergrössert. Uterusschleimhaut fühlt sich mit der Sonde sehr rauh an und erscheint das Cavum Uteri sehr weit. Ziemlich reichlicher Blutabgang aus dem Ut. Im rechten Parametrium mässige flächenhafte Verdickung. Ut. sonst frei beweglich.

7. IV. Probeauskratzung.

Op. 13. IV. 1891.

Vernähung des Cervix mit 5 Seidenligaturen. Lostrennung der Blase, Umschneidung der ganzen Cervix. Abpräparieren des ganzen Scheidengewölbes, Eröffnung des Douglas. Hierauf Unterbindung der Parametrien erst links, dann rechts bis $^2/_3$ der Länge des Corp. ut., hierauf Retroflexio Uteri. Entfernung des Ut. nach Unterbindung der Tuben beiderseits und des Restes der Para-

metrien gelingt leicht. Hierauf Verschluss der Bauchhöhle vermittelst der bei Eröffnung des Douglas in die untere Schnittfläche gelegte Ligatur und die hintere und vordere Scheidenwand. Jodoformspray. Jodoformtamponade.

Heilverlauf ohne jede weitere Störung.

Pat. wird am 3. V. 1891 als geheilt entlassen. Selbe ist bis zur Stunde rezidivfrei.

33. M. K., 43 Jahre alt.

Erste Menstruation mit 17 Jahren, immer regelmässige Wiederkehr alle 4 Wochen, Ausfluss stets schwach.

Pat. hat 2 mal entbunden. Beide Geburten waren sehr schwer und mit starkem Blutverlust verbunden. Nach der ersten Geburt bekam Pat. das Puerperalfieber und lag 8 Wochen krank darnieder.

Ihre jetzigen Beschwerden sind heftige Blutungen, die schon seit 2 Monaten dauern, zeitweise aber aussetzen. Pat. wird immer schwächer.

Die innere Untersuchung ergibt das Corp. ut. normal gross, leicht retrovertiert, sehr leicht beweglich. Nach rechts zieht sich ins Parametrium ein etwas derber, harter Strang, der jedoch nicht bis ans Becken heranreicht. Portio ist in einen pilzförmigen, zerklüfteten, bei jeder Berührung stark blutenden Tumor verwandelt. Ovarien rechts etwas grösser als links, sonst die Anhänge beiderseits normal, die Ligam. recto-uterina beiderseits normal.

Op. 7. XI. 1893.

Nach gründlicher Desinfektion und oberflächlicher Verschorfung des Carcinoms mit fer. cand. wird die Operation in üblicher Weise vorgenommen. Lospräparierung der Blase gelingt gut. Parametrien werden weit mit herausgenommen. Die im Perit. entstandene Oeffnung wird bis auf einen kleinen Teil, in welchen Jodoformgaze eingelegt wird, vernäht.

Wundverlauf ist normal und wird Pat., die sich auf-

fallend rasch erholt hat, am 25. XI. 1893 als geheilt entlassen.

34. H. S., 53 Jahre alt.

Mit 18 Jahren erste Menses, die regelmässig alle 3 Wochen wiederkehrten. Dauer verschieden, manchmal 8 Tage, immer sehr stark. Eintritt des Klimakteriums mit 44 Jahren.

Pat. hat 4 mal normal entbunden.

Im Frühjahre 1893 bemerkt Pat., dass fortwährend Blut aus der Scheide fliesse. Diese Blutungen wurden dann im Herbst sehr stark. Gleichzeitig hatte sie starke Schmerzen im Unterleib.

Bei der inneren Untersuchung findet man die Scheide glatt, weit. Vorderes und hinteres Scheidengewölbe geht in einen Trichter mit wallartigen Rändern über, der nach oben hin enger wird. Die Innenfläche dieses Trichters, welcher die atrophische Cervix darstellt, höckerig und sehr leicht blutend.

Corp. ut. sehr klein, atrophisch, sehr leicht beweglich, etwas retrovertiert. Auf der rechten Seite geht direkt vom Carcinom ein etwa Ballbleistift dicker Strang nach hinten, dem Lig. recto-uterin. entsprechend, ein ähnlicher, etwas weniger dicker Strang geht von der linken Seite aus.

Op. 6. XII. 1893.

Nach Verschorfung der carcinomatösen Cervix mit dem Paquelin und vollkommener Vernähung der beiden Muttermundlippen wird ein querer Schnitt über die vordere Lippe geführt und die Blase nach oben stumpf zurückpräpariert. Hierauf der Schnitt nach beiden Seiten hin verlängert, quer über die hintere Scheidenwand geführt und sodann der Douglas eröffnet. Partienweise Abbindung des linken Parametriums, — linke Tube und Ovarium werden ebenfalls herausgenommen. Hierauf Abbindung der Excavatio vesico-uterina, sowie der rechten Anhänge, die ebenfalls mit entfernt werden, und des rechten Parametriums.

Nach Entfernung des Ut. wird die hintere Scheidenwunde mit der vorderen durch einige Nähte vereinigt, wobei die Stumpffäden an den beiderseitigen Ecken der Wunde herausgeführt werden. In der Mitte wird ein etwa für einen Finger durchgängiger Spalt gelassen, der mit Jodoformgaze ausgestopft wird.

Wundverlauf normal. Pat. wird am 23. XII. mit gut granulierender Wunde entlassen.

35. Lau. B., 48 Jahre alt.

Erste Menses mit 18 Jahren, immer stark. Alle 4 Wochen regelmässige Wiederkehr. Vor 10 Jahren blieb sie 6 Monate aus und kam dann wieder. In der letzten Zeit alle 3 Wochen, im August 1893 blieb sie einmal nur 8 Tage aus.

Pat. hatte 3 mal geboren und stand immer schon am 3. Tage nach der Geburt auf.

Seit August 1893 litt Pat. fortwährend an Blutungen, die auf Einnahme von Tropfen aufhörten, aber am 7. Oktober 1893 wiederkehrten. Seit August 1893 hatte Pat. auch gelben Ausfluss, der immer stärker wurde, so dass sie auf Anraten ihres Arztes die hiesige Klinik aufsuchte. Zur Zeit bestehen auch noch Schmerzen im Kreuz.

Bei der inneren Untersuchung findet man die in die Scheide hineinragende Portio etwas verlängert, die Gegend des äusseren Muttermundes ist vollkommen ersetzt durch einen derben, höckerigen Tumor, dessen Ränder wulstig sind und welcher bei Berührung leicht blutet. Der Tumor ist auf den Muttermund beschränkt und greift nicht auf die Scheide über. Corp. ut. antiflektiert, nur wenig vergrössert, nicht schmerzhaft. Anhänge normal. Parametrien frei von Geschwulstmetastasen. Ut. frei beweglich. Die Lig. recto-uterina erscheinen etwas verdickt, doch sind in denselben keine Knoten wahrnehmbar.

Op. 23. X. 1893.

Es wird zunächst die in die Scheide hineinragende Tumormasse mittelst des scharfen Löffels abgekratzt und mit ferrum candens geätzt. Ausserdem wird durch einige Nähte der Cervikalkanal geschlossen. Hierauf wird erst zur Totalexstirpation geschritten, indem durch Durchschneidung der vorderen Scheidenwand die Blase losgelöst und hinaufgeschoben wird. Portio wird durch starke Seidennähte abwärts und seitwärts gezogen und so werden dann die Parametrien durch seitliche Scheidenwandincisionen freigelegt. Vorne wird nach Durchschneidung der plica vetico-uterina das Bauchfell eröffnet und Ut. mit Muzeux gefasst und herausgezogen. Sodann Abbindung der seitlichen Anhänge auf beiden Seiten und Loslösung des Ut. von der hinteren Scheidenwand und hierauf Vernähung der Stümpfe in die Scheidenwunde. Scheide wird gegen das Bauchfell nicht abgeschlossen. Blutung aus den Stümpfen nicht vorhanden. Tamponade der Scheide mit Jodoformgaze. Während Puls bei der Operation und auch nachher bis nachmittags 3 Uhr gut gewesen ist, wird er plötzlich gegen 4 Uhr rascher und schwächer. Pat. macht einen anämischen Eindruck, und es wird daher, da die Diagnose auf innere Blutung gestellt wird, sofort zur Laparatomie geschritten. Narkose ganz oberflächlich. Bei Eröffnung der Bauchhöhle findet man dieselbe von dunkelrotem, grossem und kleinem Blutgerinnsel erfüllt. Nach Entfernung desselben werden die Stümpfe freigelegt. In den linken Anhängen ist eine Ligatur abgeglitten. Das klaffende Gefäss wird umstochen und die momentan zwar nicht blutenden Anhänge werden von der Scheide aus mittelst Richelot'schen Klammern komprimiert. Pat. erhält nach Schluss der Bauchdecken Kochsalzinfusionen subkutan und Aetherinjektionen. Nach vorübergehender Besserung tritt $^3/_4$ 10 Uhr Collaps ein.

36. Kue. A., 66 Jahre alt.

Zum ersten Male menstruiert mit 15 Jahren, 3—4 Tage

dauernd, alle 4 Wochen wiederkehrend. Menopause im 51. Jahre.

1 mal vor 35 Jahren normal entbunden, vor 34 Jahren 1 Abgang.

Im Mai 1893 bemerkte Pat. zum ersten Male geringen Blutabgang und blutete seitdem mit häufigen Unterbrechungen; in der blutfreien Zeit eitriger Ausfluss; hie und da etwas Schmerzen in Seite und Kreuz; seit Mai Schlaflosigkeit und langsame Abmagerung.

Bei der inneren Untersuchung findet man die äusseren Genitalien sehr atrophisch, Portio in einen derben, höckerigen Tumor verwandelt, der im Wesentlichen der vorderen Lippe angehört, beim Eingehen in die Cervix fühlt man krümelige, leicht abreissbare Massen. Corp. ut. atrophisch, normal gelagert. Anhänge und Parametrien frei.

Op. 6. VII. 1893.

Die Operation beginnt mit der üblichen Umschneidung des vorderen Scheidengewölbes und Lospräparierung der Blase. Hierauf wird das seitliche Scheidengewölbe umschnitten. Der Douglas wird bei der Umschneidung des hinteren Scheidengewölbes sofort getroffen und es gelingt beiderseits mit 3 Nadeln Parametrien und Anhänge abzubinden. Hierauf wird Ut. auf den betreffenden Seiten abgetragen. Rechts gleitet eine Ligatur ab, welche sofort erneuert wird. Nach Entfernung des angefeilten Schwammes werden die Ligaturen der Anhänge in je eine Ecke der Scheidenwände hineingenäht, und dann die Scheide noch vollends durch Nähte, welche die vordere und hintere Vaginalwand inclusive Peritoneum fassen, zugenäht.

37. Ru. F., 52 Jahre alt.

(Anamnese fehlt.)

Op. 31. V. 1893.

Umschneidung des Scheidengewölbes, Zurückpräparieren der Blase, Aufsuchen und Aufschneiden des Douglas.

Unterbindung beider Parametrien. Reflektieren des Ut., sehr mühsame Herauswälzung desselben vor die äusseren Genitalien und Abbindung erst der linken, dann der rechten Seite, welche ohne wesentliche Blutung gelingt. Nach vollständiger Auslösung des Ut. werden die Stümpfe in üblicher Weise in die Scheidenwände eingenäht, während die in der Mitte übrig bleibende Oeffnung mit Jodoformgaze tamponiert wird. Ebenso die Scheide.

38. Dä. K., 52 Jahre alt.

Erste Menses mit 12 Jahren, 2—$2^1/_2$ Tage dauernd, regelmässige Wiederkehr alle 4 Wochen, allmählich stärker werdend, bis zu 8 tägiger Dauer, Blut hellrotflüssig.

Pat. hat 3 mal entbunden, vor 32, 24 und 18 Jahren.

Nach 2. Geburt, die sehr schwer war und Kind totgeboren wurde, weisser Ausfluss. 3. Geburt war Querlage. Es wurde die Wendung gemacht. Seit dieser Zeit Schmerzen bei geringem Druck auf den Leib.

Seit 3 Monaten klagt Pat. über teils blutigen, teils weisslichen, dickflüssigen Ausfluss. Ausfluss ruft Jucken und Brennen auf den Oberschenkeln hervor.

Innerer Befund fehlt.

Op. 19. V. 1893.

Umschneidung des vorderen und seitlichen Scheidengewölbes und Zurückpräparieren der Blase. Bei der Umschnürung des hinteren Scheidengewölbes wird der Douglas mit abpräpariert, so dass es längeren Suchens bedarf, um ihn zu finden. Nach Eröffnung des Douglas und Einführung eines angeseilten Schwammes werden zunächst beide Parametrien unterbunden. Sodann wird Ut. heruntergezogen und retroflektiert und hinten durch die Oeffnung im Douglas entwickelt. Darauf folgt Abbindung der beiderseitigen Anhänge. Hierauf und nach teilweiser Annähung der Anhänge in die Scheidenwunde, muss noch eine beträchtliche Blutung durch zahlreiche Umstechungen gestillt werden. Tamponade mit Jodoformgaze.

39. Wu. C., 31 Jahre alt.

Erste Regel mit 18 Jahren. Unregelmässige Wiederkehr in Zwischenräumen von 4, 6 und 8 Wochen, immer schwach, höchstens 3 Tage dauernd.

Pat. hat 5 mal normal entbunden, letztes Mal im Juli 1892.

Pat. klagt seit Mitte Febr. über anhaltende, bei Anstrengungen immer stärker auftretende Blutungen ohne Schmerzen. Blut ging anfangs teils in Stücken, teils flüssig ab.

Bei innerer Untersuchung findet man die Vagina glatt, ziemlich weit; im vorderen Scheidengewölbe eine pilzartige, höckerige, gegen die Scheide sich abhebende Geschwulst, welche von der vorderen Lippe ausgeht und auf dieselbe beschränkt erscheint. Corp. Ut. klein und retroflektiert. Die Geschwulst geht etwas auf die vordere Scheidenwand über. Eine deutliche Infiltration scheint in den Parametrien nicht vorhanden, höchstens rechts einige kleine Knötchen. Anhänge und Bänder sind frei.

Op. 27. IV. 1893.

Die Op. ging in typischer Weise vor sich.

Am 3. V. 1893 Exitus letalis infolge Peritonitis.

40. Sch. B., 42 Jahre alt.

Erste Menses mit 17 Jahren, 2 Tage dauernd, mässig blutend, regelmässig alle 4 Wochen wiederkehrend. Nur mit 18 Jahren blieb Regel $^3/_4$ Jahre aus. Letzte Regel vor 9 Wochen.

Pat. hat 7 mal spontan geboren. Letzte Geburt Frühjahr 1891. Pat. klagt seit 8 Wochen über starke Blutungen. Schmerzen sind nicht vorhanden.

Bei innerer Untersuchung findet man an Stelle der Portio ein hauptsächlich die vordere Lippe einnehmendes, an der Oberfläche stark jauchiges, carcinomatöses Geschwür. Hintere Lippe gesund, stark nach rechts und

hinten verdrängt. Corp. Ut. klein, retrovertiert, frei beweglich, links Beweglichkeit etwas verringert. Rechte Anhänge frei, im linken Parametrium einige derbe Stränge. Carcinom greift nicht auf die Scheide über.

Op. 28. I. 1893.

Zuvor wird das Carcinom mit Paquelin verschorft und durch die Cervix eine Anzahl starker Seidennähte gelegt, die zugleich zur Handhabe dienen.

Umschneidung der Portio, Zurückpräparieren und -schieben der Blase, sodann Eröffnung des Douglas. Abbindung der rechten Anhänge. Nach der Abbindung gleitet der Ut. aus der Wunde und es werden nun die linksseitigen Anhänge von der Tube aus nach unten fortschreitend unterbunden. Abtragung erfolgt hier mittelst Paquelin. In der Nähe des Parametrium werden nach Entfernung des Ut. noch mehrere Suturen möglichst weit seitlich angelegt. Sodann wiederum Verschorfung mit Paquelin, um hauptsächlich die verdichteten Stellen zu treffen. Die rechten Stümpfe werden in die Scheidenwand eingenäht. Bauchhöhle und Scheide werden mit Jodoformgaze tamponiert.

Pat. erholt sich bald nach der Op. und macht eine völlig ungestörte Rekonvalescenz durch. Erst am 8. Tage Entfernung des Tampon.

24. IV. 1893 Rezidivfrei.

Da ich noch in letzter Zeit 2 Fälle aus dem Jahre 1891 aufgefunden habe, so erlaube ich mir, sie an dieser Stelle noch nachzutragen.

41. Po. M., 36 Jahre alt.

Erste Menses mit 17 Jahren; regelmässig alle 4 Wochen mit Krämpfen wiederkehrend.

Pat. machte 2 Forceps durch; Wochenbett normal. Mit letzter Entbindung im Jahre 1888 litt Pat. öfters

an Kreuzschmerzen. Mitte Mai 1891 gingen 3 Wochen hindurch grössere und kleinere Blutmengen ab. Auf Anraten ihres Hausarztes begab sich Pat. in die Klinik.

Bei der inneren Untersuchung findet man die Portio rauh und hart und es blutet diese Partie bei Palpation sehr leicht. Vordere Muttermundslippe ist besonders stark vergrössert und knollig hart. Ut. etwas vergrössert, auch blutet die Uterusschleimhaut bei Sondierung, fühlt sich jedoch nicht besonders rauh an. Parametrien frei.

Vor der Operation werden 2 Probeexcisionen gemacht.

Op. 3. IX. 1891.

Totalexstirpation ging in üblicher Weise vor sich. Nur geschah die Abbindung der Parametrien in der Weise, dass nach Abbindung der unteren Hälfte der Uterus retroflektiert und dann der Rest von der Tube aus freigemacht wurde. Die Stümpfe wurden nach Vereinigung des Douglas und der Scheidenwunde durch 3 Nähte in der Mitte seitlich in die Scheidenwunde hereingezogen. Jodoformgazetamponade.

Der Heilverlauf war normal und ging ohne jede Störung vor sich.

22. IX. 1891 wurde Pat. als geheilt entlassen.

42. St. B., 45 Jahre alt.

Erste Menses mit 15 Jahren, regelmässig.

Pat. hat 3 mal spontan entbunden. Wochenbett normal. Letzte Geburt vor 12 Jahren.

Seit Mai 1891 bemerkt Pat., dass die Regel öfter und stärker, sowie länger dauernd wie gewöhnlich wiederkehrt, oft nach Pausen von 10—14 Tagen. In den Pausen rötlich-weisser Ausfluss aus der Scheide. Schmerzen hie und da.

Die innere Untersuchung ergibt den Ut. vergrössert, in die Scheide ragt ein etwa gänseeigrosser, ulcerierter Tumor, der als Cancroid der vorderen und hinteren Muttermundslippe angesprochen wird. Beiderseits spannen

sich die Parametrien im unteren Drittel straff an und scheint auch rechterseits bereits eine beginnende Infiltration vorhanden zu sein. Nach oben hin erscheinen sie jedoch frei von Metastasen. Die Beweglichkeit des Ut. ist durch die Straffheit der unteren Partien der Parametrien ziemlich behindert. Anhänge normal.

Op. 30. IX. 1891.

Die Operation wurde anfangs nach der Freund'schen Methode gemacht. Jedoch die mangelhafte Beweglichkeit des Ut. in seinen unteren Teilen behinderte ein genügend tiefes Vordringen und sah man sich deshalb genötigt, die Unterbindung des unteren Drittels der Parametrien, Lostrennung der Blase und Eröffnung des Douglas doch noch von der Scheide aus zu versuchen. Bauchwunde wurde mit Nähten versehen, die jedoch nicht geknöpft wurden, um im Falle, dass eine Ligatur bei der auch von unten her sehr schwierigen Abbindung der Parametrien abgleiten sollte, die Möglichkeit zu haben, von der Bauchwunde aus rasch eine Umstechung vorzunehmen. Die Befürchtung, die man bei der erschwerten Abbindung von unten her gehegt hatte, trat thatsächlich ein, indem linkerseits eine sehr erhebliche Blutung infolge mangelhaften Schlusses resp. Abgleitung einer Ligatur entstand. Nach vergeblichen Versuchen von der Scheide aus Blutstillung zu erreichen, gelang dieselbe doch noch von der Bauchhöhle aus. Nach vollkommener Freilegung des Ut., die noch durch Retroflexio beschleunigt wurde, wurde dieser durch die Scheide entfernt. Hierauf wurde Peritoneum und Scheidenwände mit 3 Nähten vereinigt. Erwähnt sei noch, dass während der Operation von der Scheide aus dreimal wiederholte Ausspülung mit 5% Karbollösung vorgenommen wurde.

Hierauf Scheidentamponade mit Jodoformgaze und Schluss der Bauchwandnähte.

Der Heilverlauf ging ohne jede weitere Störung vor sich. Am 23. X. 1891 wurde Pat. entlassen.

Doch schon am 12. I. 1892 erschien Pat. wieder in der Klinik mit einem blutig-serösen Ausfluss. Auf der linken Seite der Narbe eine haselnussgrosse, hart infiltrierte Resistenz. Ebenso fühlt man bei der Untersuchung per rectum eine ebenso grosse Verdickung im Parametrium.

Zur besseren Uebersicht will ich nun eine tabellarische Zusammenstellung der eben erwähnten Fälle folgen lassen.

Name Alter	Menses	Geburten Norm.	Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens. Etwaige vorherige Behandlung.	Diagnose	Operation	Weiterer Verlauf.
1. Ko. B. 62 Jahre alt.	I. mit 13 Jahren. Regelmässig. stark, schmerzhaft. Menopause im 45. Jahre.	I. par., vor 24 Jahren.	—	Seit 2 Jahren unregelmässige Blutungen.	Carc. adenomat. corp. ut.	Op. 14. V. 87. Peritoneum vernäht. Scheide tamponiert.	13. VI. 87. geheilt. 22. VII. 88. †. Todesursache unbekannt.
2. Sch. A. Alter unbek.	I. mit 17 Jahren. Regelmässig.	multi par.	—	Seit $^1/_2$ Jahre atypische Blutung, übelriech. Ausfluss. Ausschabung d. Ut.	Carc. corp. ut.	Op. 87. Wunde in der Mitte offen. Wurde mit Jodoform bestreut.	Pat. vollständig gesund und rezidivfrei.
3. Pf. H. 29 Jahre alt.	I. mit 14 Jahren. Regelm. 4—5 Tage. 4 wöchentlich. Vor 4 Wochen letzte M.	I. par., vor 12 Jahren.	—	Seit 5 Monaten atypische Blutung. Schwache Schmerzen im Kreuz.	Carc. port. vag.	Op. 10. II. 88. Wunde bleibt in der Mitte offen. Jodoformgazetamponade.	4. III. 88. geheilt. 1. X. 88. Rezidiv im linken Parametrium. 23. V. 89 †. Kachexie.
4. Br. M. 47 Jahre alt.	—	—	—	Seit $^1/_4$ Jahre heftige, unregelmässige Blutungen, übelriech. Ausfluss, Kreuzschmerz.	Carc. corp. ut.	Op. 23. II. 88. Peritonealhöhle offen.	geheilt. Weitere Angaben fehlen.
5. Fr. R. 49 Jahre alt.	Menses regelmässig, schwach, Menopause im 47. Jahre.	IV. par., zuletzt vor 10 Jahren.	—	Seit 2 Jahren Blutung.	Carc. cerv. ut.	Op. 29. II. 88. Abdominalöffnung offen. Jodoformgazetampon.	7. III. 88. †. Infolge Peritonitis.
6. H. A. 43 Jahre alt.	Regelm. Mens. bis vor 2 Jahren. Seith. unregelmässig.	IV. par.	—	Seit 1 Jahre Leib- und Kreuzschmerz. Blutung, eiterigen Ausfluss.	Carc. port. vag.	Op. 2. III. 88. Peritoneum offen. Tamponade.	3. III. 88. †. Infolge Verblutung.
7. M. M. 43 Jahre alt.	I. mit 15 Jahren. Regelm. bis vor $1^1/_2$ J. Seitdem unregelm., 8—10 Tage, stark.	III. par., zuletzt vor 10 Jahren.	—	Seit $^3/_4$ Jahren Blutung. Schmerz im Rücken, weisser Ausfluss, Appetitlosigkeit, Abmagerung.	Carc. port. vag.	Op. 25. I. 89. Bauchhöhle bleibt offen. Drainage mit Jodoformgaze.	14. II. 89. geheilt. 24. II. 90. Rezidiv. Nov. 90. †.

Name Alter	Menses	Geburten Norm.	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens. Etwaige vorherige Behandlung.	Diagnose	Operation	Weiterer Verlauf.
8. Fr. K. 39 Jahre alt.	I. mit 16 Jahren. Regelm., 3wöchentlich, 1—2 Tage dauernd.	I. par., vor 17 Jahren.	—	Seit 3 Wochen Schmerzen im Kreuz.	Carc. port. vag.	Op. 15. V. 89. Zuckerkandel'sche Meth. Perit. vollständig verschlossen. Wundhöhle im Sept. rect. vag. tamp. mit Jodoformgaze.	20. VI. 89. geheilt. Pat. gesund und rezidivfrei.
9. P. A. 33 Jahre alt.	I. mit 14 Jahren. Anfangs unregelm., später immer regelm.	V. par., zuletzt vor 4 Jahren.	—	Unterleibsschmerz. Blutiger Ausfluss. Stuhldrang. Dauer unbekannt.	Carc. port. vag.	Op. 30. III. 89. Perit. offen. Jodoformgazetamponade.	19. IV. 89. geheilt. Pat. gesund und rezidivfrei.
10. W. B. 53 Jahre alt.	I. mit 15 Jahren. Regelm., stark.	III. par., zuletzt vor 10 Jahren.	—	Weisslich schleimiger Ausfluss, schweres Zurückhalten des Urin. Dauer 2 Monate.	Carc. port. vag.	Op. 14. XII. 89. Perit. vernäht. Aublasen mit Jodoform.	7. I. 90. geheilt. 5. II. 90. Rezidiv. 1892. †.
11. Pu. E. 46 Jahre alt.	I. mit 19 Jahren. Immer regelmässig.	II. par., zuletzt vor 20 Jahren.	—	Seit $1\frac{1}{2}$ Jahre Incontinentia urinae, seit 4 Monaten heftige Blutungen.	Carc. port. vag.	23. XI. 89. Auskratzung und Verschorfung des Tumor. Op. 25. XI. 89. Zuckerkandel'sche Methode. Perit. geschlossen. Jodoformgazetamponade.	26. XI. 89. †. Infolge Shok post op.
12. Dö. B. 32 Jahre alt.	I. mit 15 Jahren. Immer regelmässig.	III. par., zuletzt vor 2 Jahren.	1 vor 8 Jahren	Seit 3 Monaten starke Blutung, weisslicher Ausfluss.	Carc. port. vag.	Op. 16. XII. 89. Peritoneumwunde geschlossen. Keine Tamponade.	12. I. 90. geheilt. 17. XI. 90. suspect auf Rezidiv. 2. XII. 91. † an Carcinom.

Name Alter	Menses	Geburten Norm.	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens. Etwaige vorherige Behandlung.	Diagnose	Operation	Weiterer Verlauf.
13. Ek. M. 35 Jahre alt.	I. mit 16 Jahren. Immer regelmässig.	VI. par., zuletzt vor 3 Jahren.	—	Vor 3 Jahren Scheidenpolyp. den ihr der Arzt wegnahm. Vor 3 Monat Wiederauftreten eines Tumor, den der Arzt wegbrannte. Ausfluss, Mattigkeit, Abmagerung.	Carc. port. vag.	Op. 11. IV. 90. Vernähung des Perit. mit Scheide.	30. IV. 90. geheilt. Ueber weiteren Verlauf war nichts zu ermitteln.
14. Schw. K. 36½ Jahre alt.	I. mit 16 Jahren. Immer regelmässig, aber mit starken Schmerzen verbunden.	VI. par., zuletzt vor 6 Jahren.	—	Seit 2 Jahren übelriechender Ausfluss, seit 14 Tagen profuse Blutung.	Carc. port. vag.	Op. 7. V. 90.	28. V. 90. geheilt. Aug. 92. Rezidiv. Pat. ist seit dieser Zeit bettlägerig. Kachexie z. Z. schon sehr vorgeschritten.
15. M. M. 22 Jahre alt.	I. mit 15 Jahren. Regelmässig.	—	—	Seit ½ J. Menses profus, seit 14 Tagen kontinuierliche Blutung. Ihr Arzt operierte Pat. vor ½ J. Art der Op. unbekannt.	Carc. port. vag.	Op. 22. V. 90. Wunde vernäht.	25. VI. 90. geheilt. Ueber weiteren Verlauf nichts bekannt.
16. H. A. 56 Jahre alt.	I. mit 17 Jahren. Immer regelmässig, mit Ausnahme vor 4 Jahren. Menopause im 53. Jahre.	III. par., zuletzt vor 23 Jahren.	—	Seit langer Zeit scharfer Ausfluss, der seit ½ Jahre stärker ist und Vulva und Umgegend wund macht.	Carc. port. vag.	Op. 8. VII. 90.	25. VII. 90. geheilt. Pat. † in der Heimat. Ueb. etwaiges Rez. u. sonst. Todesurs. war nichts zu ermitteln.
17. El. B. 56 Jahre alt.	I. mit 18 Jahren. Regelm., bis zur 1. Entbindung immer mit Kreuzschmerzen verbunden. Menopause im 53 Jahre.	III. par., zuletzt vor 15 Jahren.	—	Seit ¼ Jahre fleischfarbener Ausfluss, heftige Kreuzschmerzen.	Carc. cerv. verb. mit Myoma corp. ut. interst.	Op. 25. VIII. 90. Vollständiger Verschluss der Wunde. Scheidenjodoformgazetamponade.	17. IX. 90. geheilt. 8. VIII. 91. † an Carcinom.

Name Alter	Menses	Geburten Norm.	Geburten Fehlg.	Beschwerden. Dauer des Leidens. Etwaige vorherige Behandlung.	Diagnose	Operation	Weiterer Verlauf.
18. K. M. 69 Jahre alt.	I. mit 17 Jahren. Regelm., Menopause im 48. Jahre.	VII. par.	—	Seit 13 Jahren Kreuzschmerzen, die von einem chirurg. Eingriff herrühren sollen. Seit 1 Monat gelblicher Ausfluss.	Carc. cerv.	Op. 31. I. 91. Totaler Verschluss der Wunde. Jodoformgazetamponade.	13. II. 91. geheilt. 7. VII. 91. † an Rezidiv.
19. M. B. 55 Jahre alt.	I. mit 19 Jahren. Regelm., Menopause im 53. Jahre.	VI. par., zuletzt vor 17 Jahren.	—	Seit 2 Monaten Zunehmen des Abdomen. Schmerzen im Leib und Kreuz. Seit $^3/_4$ Jahren weisslicher Ausfluss, der im Dez. 90 nachliess.	Carcinomatös degen. Myom.	Op. 2. III. 91. Freund'sche Operationsmethode mit Modifikationen. Op. wegen Aussichtslosigkeit unterbrochen.	6. III. 91. †. Sektionsbefund: Kindskopf grosses Carc. des Corp. ut.
20. Ed. A. 65 Jahre alt.	I. mit 15 Jahren. Regelm., Menopause im 52. Jahre.	—	—	Seit 12 Wochen Schmerzen im Unterleib, Ausfluss.	Carc. corp. ut.	Op. 29. IV. 91. Bei der Schwierigkeit der Exst. p. vag. wird zur Laparotomie geschritten. Wunde bleibt in der Mitte offen. Jodoformgazetamponade.	2. V. 91. †. Infolge Peritonitis.
21. Mü. A. 57 Jahre alt.	I. mit 19 Jahren. Regelm., Menopause im 46. Jahre.	VIII. par., 6. unregelmässig.	1	Seit 19 Wochen geringer Blutabgang, seit 10 Wochen Schmerzen im Kreuz und Unterleib.	Carc. cerv.	Op. 9. V. 91. Totaler Verschluss. Jodoformgazetamponade.	26. V. 91. geheilt. 18. X. 92. Scheidenrezidiv. 2. IV. 93. †.
22. He. M. $46^1/_2$ Jahre alt.	I. mit 14 Jahren. Regelmässig.	I. par., vor 18 Jahren.	—	Seit Febr. 90 reissende Schmerzen im Unterleib, ebenso grosse Abmagerung und Mattigkeit seit dieser Zeit.	Carc. cerv. et corp. ut.	Op. 1. XI. 91. Totaler Wundverschluss. Jodoformgazetamponade der Scheide.	27. XI. 91. geheilt. 10. XII. 92. †. Todesursache unbekannt.

Name Alter	Menses	Geburten Norm.	Geburten Fehlg.	Beschwerden. Dauer des Leidens. Etwaige vorherige Behandlung.	Diagnose.	Operation	Weiterer Verlauf.
23. Pa. A. 49 Jahre alt.	I. mit 19 Jahren. Regelmässig.	IV. par., zuletzt vor 13 Jahren.	1 Abort im 5. Mon., vor 26 Jahren.	Seit 1 Jahre Dismenorrhoe und Menorrhagie. Seit circa 4 Wochen Schmerzen im Kreuz und fleischfarbiger Ausfluss.	Carc. cerv.	Op. 22. VIII. 91. Rechts Abtragung im Gesunden unmöglich.	27. VIII. 91. †. An Peritonitis.
24. Wu. M. 43 Jahre alt.	I. mit 18 Jahren. Regelmässig.	VIII. par.	2 Aborte.	Vor 10 Wochen Blutabgang beim coitus, seit 6 Wochen kontinuierlicher Blutabgang.	Carc. port. vag.	Op. 14. I. 92. Totaler Wundverschluss.	23. I. 92. †. An Peritonitis.
25. Fr. K. 41 Jahre alt.	I. mit 16 Jahren. Regelmässig.	VIII. par.	—	Seit 2 Monaten klagt Pat. über Ausfluss. Vor 4 Wochen Aufsuchen eines Arztes.	Carc. port. vag.	Op. 16. II. 92. Scheidenwunde bleibt offen. Jodoformgazetamponade.	12. III. 92. geheilt. Pat. blieb bis jetzt rezidivfrei.
26. Ki. M. 33 Jahre alt.	I. mit 16 Jahren. Regelmässig.	IV. par.	—	Seit 5 Monaten Blutabgang.	Carc. port. vag.	Op. 19. II. 92. Scheidenwunde in der Mitte offen. Jodoformgazetamponade.	10. III. 92. geheilt. Juli 92 Rezidiv. 23. II. 93. †.
27. R. M. 31 Jahre alt.	I. mit 15 Jahren. Regelmässig.	IV. par., zuletzt vor $12^1/_2$ Wochen.	—	Seit $12^1/_2$ Wochen Blutabgang, seit 8 Tagen Kreuzschmerz.	Carc. cerv.	Op. 4. III. 92. Wunde bleibt in der Mitte offen. Jodoformgazetamponade.	23. III. 92. geheilt. 19. VII. 92. wegen Rezidiv in der Klinik behandelt. 5. II. 93. †.
28. An. K. 73 Jahre alt.	Menopause im 48. Jahre.	—	—	Seit 3 Jahren blutige Ausscheidungen, seit 2 Monaten beständiger Blutausfluss. In letzter Zeit starker Marasmus.	Carc. adenom.	Op. 28. III. 92. Wunde bleibt in der Mitte offen. Jodoformgazetamponade.	26. IV. 92. geheilt. Pat. ist bis zur Zeit rezidivfrei.

Name Alter	Menses	Geburten Norm.	Geburten Fehlg.	Beschwerden. Dauer des Leidens. Etwaige vorherige Behandlung.	Diagnose.	Operation	Weiterer Verlauf.
29. Fr. E. 48 Jahre alt.	I. mit 14 Jahren. Regelm. bis vor 3 Jahren.	I. par.	—	Seit 2 Jahren Blutungen, seit $^1/_2$ Jahre fluor. alb.	Carc. corp. ut.	Op. 20. VII. 92. Scheidenwunde bleibt in der Mitte offen. Jodoformgazetamponade.	11. VIII. 92. geheilt. Ueber weiteren Verlauf war nichts zu erfahren.
30. Ko. K. 34 Jahre alt.	I. mit 16 Jahren. Regelmässig.	VI. par.	—	Seit $^1/_2$ Jahre Blutungen.	Carc. port. vag. ?	Op. 1. XI. 92. Wunde in der Mitte offen. Jodoformgazetamponade.	—
31. Lu. J. 44 Jahre alt.	I. mit 17 Jahren. Regelmässig.	VI. par.	—	Seit 4 Monaten starke Blutungen. Seit 3 Monaten Schmerzen im Kreuz.	Carc. cerv. ut.	Op. 14. XII. 92. Wunde in der Mitte offen. Jodoformgazetamponade.	8. I. 93. geheilt. Nov. 93. Rezidiv.
32. Fö. M. 62 Jahre alt.	I. mit 16 Jahren. Regelm., Menopause im 50. Jahre.	IV. par.	—	Seit 2 Jahren Blutausfluss, Schmerzen im Unterleib.	Carc. corp. ut.	Op. 13. IV. 91. Wunde geschlossen. Jodoformgazetamponade.	Pat. bis zur Zeit rezidivfrei.
33. M. K. 43 Jahre alt.	I. mit 17 Jahren. Regelmässig.	II. par.	—	Seit 2 Monaten heftige Blutungen. Marasmus.	Carc. port. vag.	Op. 7. XI. 93. Wunde in der Mitte offen. Jodoformgazetamponade. Laparotomie.	25. XI. 93. geheilt.
34. He. S. 53 Jahre alt.	I. mit 18 Jahren. Regelm., Menopause im 44. Jahre.	IV. par.	—	Seit $^3/_4$ Jahren Blutungen und Schmerzen im Unterleib.	Carc. cerv. ut.	Op. 6. XII. 93. Wunde in der Mitte offen. Jodoformgazetamponade.	23. XII. 93. geheilt.

Name Alter	Menses	Geburten Norm.	Fehlg.	Beschwerden. Dauer des Leidens Etwaige vorherige Behandlung.	Diagnose	Operation	Weiterer Verlauf
35. Lau. B. 48 Jahre alt.	I. mit 18 Jahren. Unregelmässig.	III. par.	—	Seit Aug. 93. Blutungen, die auf Tropfen aufhörten, aber im Oktober wiederkehrten. Schmerzen im Kreuz.	Carc. port. vag.	Am 23. X. 93. Op. p. vag. unterbrochen und zur Laparotomie geschritten.	23. X. 93. †.
36. Kue. A. 66 Jahre alt.	I. mit 15 Jahren. Regelmässig. Menopause im 51. Jahr.	I. par., vor 35 Jahren.	1 Abort, vor 34 Jahren.	Seit Mai 93. Blutungen, eitriger Ausfluss. Schlaflosigkeit, Abmagerung.	Carc. cerv. ut.	Op. 6. VII. 93. Wunde total geschlossen.	—
37. Ru. F. 52 Jahre alt.	—	—	—	—	—	Op. 31. V. 93. Wunde in der Mitte offen und mit Jodoformgaze tamponiert.	—
38. Dä. K. 52 Jahre alt.	I. mit 12 Jahren. Regelmässig.	III. par., zuletzt vor 18 Jahren.	—	Seit 3 Monaten Blutungen und eiteriger Ausfluss. Nach 2. Geburt fluos alb. und nach 3. Geburt Schmerz im Leib.	—	Op. 19. V. 93.	—
39. Wu. C. 31 Jahre alt.	I. mit 18 Jahren. Unregelmässig.	V. par., zuletzt Juli 1892.	—	Seit Febr. 93. Blutungen.	Carc. port. vag.	Op. 27. IV. 93.	3. V. 93. †. An Peritonitis.

Name Alter	Menses	Geburten Norm.	Geburten Fehlg.	Beschwerden. Dauer des Leidens. Etwaige vorherige Behandlung.	Diagnose	Operation	Weiterer Verlauf
40. Sch. B. 42 Jahre alt.	I. mit 17 Jahren. Regelmässig.	VII. par.	—	Seit 8 Wochen Blutungen.	Carc. port. vag.	Op. 28. I. 93. Wunde offen und mit Jodoformgaze tamponiert.	—
41. Po. M. 36 Jahre alt.	I. mit 17 Jahren. Regelmässig. Krämpfe.	II. par., 2mal Forceps.	—	Seit letzter Geburt im J. 1888. Kreuzschmerzen. Mai 91. 3 Wochen hindurch Blutungen.	Carc. cerv.	Op. 30. IX. 91. Vollständiger Verschluss der Wunde.	Vollständig rezidivfrei.
42. St. B. 45 Jahre alt.	I. mit 15 Jahren. Regelmässig.	III. par., zuletzt vor 12 Jahren.	—	Seit Mai 91. rötlich-weissen Ausfluss. Schmerzen hie und da.	Carc. cerv.	Op. 30. IX. 91. Combination d. Freund'schen Methode mit Vag. Meth. Verschluss der Wunde.	23. X. 91. geheilt. 12. I. 92. Links in der Narbe Rezidiv.

Im Nachfolgenden will ich nun zuerst die verschiedenen Operationsmethoden, vor allem die bei den an der Klinik ausgeführten Totalexstirpationen in Anwendung kamen, dann aber auch noch die sakrale Methode, die bis jetzt an der Klinik noch nicht in Anwendung kam, in kurzen Zügen schildern.

Die in der Klinik gemachten Operationen wurden nach den Methoden, die von Czerny, Freund und Zuckerkandl angegeben wurden, jedoch unter verschiedenen kleineren oder grösseren Modifikationen ausgeführt. So wurde die Freund'sche Methode überhaupt nur in Kombination mit der von Czerny angegebenen angewandt.

Das von Czerny angegebene Verfahren wurde nun folgendermassen ausgeführt:

Pat. wird in Steissrückenlage gebracht. Sodann wird Scheide und Operationsfeld zuerst mit Sodalösung, hierauf mit 5% Karbollösung gründlich desinfiziert. Ist das Carcinom geschwürig zerfallen, so wird die Geschwürsfläche mit dem Thermokauter verschorft. Zunächst wird dann die Portio im Simon'schen Spekulum freigelegt und mit Muzeux'schen Zangen herabgezogen. Zum besseren Fixieren und Verschluss werden durch die Cervix mehrere Seidennähte gelegt. Ferner werden in den Fällen, wo die Scheide besonders eng ist, zur besseren Uebersicht auf beiden Seiten der Vagina tiefe Incisionen gemacht. Nach diesen Vorbereitungen wird dann zur eigentlichen Operation geschritten. Das Scheidengewölbe wird zuerst vorne, hierauf seitlich, dann hinten durchschnitten. Nach der vorderen Durchtrennung des Scheidengewölbes wird die Blase möglichst hoch hinaufpräpariert. Hierauf wird entweder die plica vesico-uterina oder die plica Douglasii eröffnet und die Parametrien nebst den breiten Mutterbändern der einen Seite abgebunden. Der Ut. wird jetzt tiefer gezogen, was nach der grösseren oder kleineren Ausbreitung des Carcinoms

schwerer oder leichter gelingt. Nach diesem Akt werden dann die Parametrien, die breiten Mutterbänder der anderen Seite unterbunden und der Ut. retroflektiert und nebst den Anhängen entfernt. In den Fällen, wo die Anhänge wegen irgend eines Grundes nicht entfernt werden können, werden noch vor der Abtrennung des Ut. Massenligaturen um die Anhänge gelegt. Die Operationsstümpfe werden sodann in die seitlichen Wundränder hereingeleitet und dann auf beiden Seiten einige Nähte angelegt. Die Mitte des Wundkanals bleibt offen und wird mit Jodoformgaze tamponiert. Ebenso erfolgt zum Schlusse eine Tamponade der Scheide.

In Kombination mit diesem eben geschilderten Verfahren kam, wie schon anfangs erwähnt, in ein paar Fällen die Freund'sche Methode zur Ausführung, und zwar in der Weise, dass zuerst von der Scheide aus die Totalexstirpation begonnen wurde, jedoch durch unvorhergesehene Hindernisse dieses Vorhaben unterbrochen werden musste und man sich für die Laparatomie zur Vollendung der Operation entschied. Nur einmal war es umgekehrt der Fall, dass zuerst mit der Laparatomie begonnen wurde, jedoch wegen zu grosser Blutung beschlossen wurde, die Operation per vaginam zu Ende zu führen.

Die dritte der Methoden ist nun die von Zuckerkandl angegebene und von Frommel zuerst ausgeführte perineale Methode.

Eingeleitet wird diese Operationsmethode durch Umschneiden des Scheidengewölbes und Lospräparieren der Blase wie bei der vaginalen Totalexstirpation. Sodann wird ein bogenförmiger Schnitt von einem Tuber ischii zum anderen geführt, der Damm gespalten und auf stumpfem Wege zwischen Scheide und Mastdarm vorgedrungen. Ist man am Douglas angelangt, so wird eine breite Peritonealwunde angelegt. Hierauf wird, nachdem man mit der Hand in das Peritoneum eingegangen ist, der Uterus umgekippt und auf beiden Seiten abgebunden.

Die sakrale Methode wurde zuerst von Hohenegg[1]) und von Herzfeld[2]) angegeben und ist folgende:

Zuerst wird wie bei der von Kraske angegebenen Exstirpation von hohen Mastdarmkrebsen ein Teil des Kreuzbeins in der Höhe des 3. und 4. Kreuzbeinloches abgetragen. Sodann wird am rechten Rand des Rektum die praevertebrale Fascie durchschnitten, dann präpariert man sich an der obersten Stelle des Sept. rectovaginale durch und trennt das Bauchfell an der Umschlagstelle vom Mastdarm auf die Gebärmutter. Nun wird letztere durch Pean'sche Klammern an den Lig. gefasst und herausgezogen. Eileiter und Lig. werden abgebunden und nach Toilette der Bauchhöhle der obere Schnittrand der Douglas'schen Falte mit dem Bauchfell der vorderen Gebärmutterwand vernäht, so dass der Uterus jetzt extraperitoneal liegt. Es wird nun durch einen querverlaufenden Schnitt in der Nähe der Nahtlinie die Blase leicht und stumpf vom Cervix losgelöst, dann die parametranen Gefässe umstochen und die Ater. uterin. isoliert unterbunden. Zuletzt erfolgt die Trennung des Uterus von der Scheide, indem man das hintere Scheidengewölbe öffnet und mit Scheerenschnitten rings um die Vag. das Collum auslöst. Hierauf Vernähung der vorderen und hinteren Vaginalwand so, dass die ursprüngliche Schnittfläche in das Lumen der Scheide zu liegen kommt. Der Knochenverlust am Kreuzbein wird tamponiert und die Haut darüber zum grössten Teil zugenäht.

Im Anschluss an diese eben geschilderten Methoden möchte ich die schon früher erwähnten Modifikationen, die bei Ausführung der in der Klinik geübten Operationsverfahren in Anwendung kamen, einer kleinen Besprechung unterziehen. So bietet gleich der Eröffnungsakt der Czerny'schen Theorie Anlass zu verschiedensten Modifikationen bei den einzelnen Operateuren.[3]) Czerny selbst gibt an, dass

1) Wiener klinische Wochenschrift 1888 Nr. 19, 1889 Nr. 9.
2) Wiener allgem. med. Zeitschrift 1888.
3) Wiener med. Wochenschrift 1879, No. 45 u. Fortsetz.

man nach Umschneidung der Portio entweder die vordere oder die hintere Peritonealtasche eröffnen kann, je nachdem der Uteruskörper hinten oder vorne leichter zugänglich ist. Billroth[1]), der zunächst der Angabe Czerny's folgte, eröffnete zuerst den Douglas, nachdem das Collum Ut. ringsherum losgelöst war. Hegar, Kaltenbach[2]) eröffnen ebenfalls zuerst den Douglas. Fritsch[3]) beginnt die Operation mit seitlicher Umschneidung der Portio und schrittweiser Ablösung der Cervix vom parametranen Gewebe, um so leichter die Art. uterin. unterbinden zu können. Ebenso beginnt Hofmeier[4]) mit der seitlichen Umschneidung der Portio, hauptsächlich aus dem Grunde, die Blase, falls Verwachsungen zwischen ihr und der Scheide vorhanden sein sollten, nicht zu verletzen. Schröder[5]) gibt in seinem Lehrbuch an, zuerst die Blase loszupräparieren. Seinem Beispiel folgt Frommel auch in unseren sämmtlichen Fällen. Der Grund ist wohl darin zu suchen, dass man eine Durchschneidung der Ureteren vermeiden, und so einer sehr unangenehmen Ureterenscheidenfistel vorbeugen will. Denn die Ureteren gehen, wenn die Blase lospräpariert und zurückgeschoben ist, ebenfalls leicht zurück, was der Fall nicht ist, wenn die Operation mit Eröffnung des Douglas beginnt.

Dieser Modifikation will ich nun gleich eine ebenfalls vielbeschriebene und bestrittene folgen lassen, nämlich die, soll man das Peritoneum nach der Operation durch Naht verschliessen oder offen lassen und drainieren resp. mit Jodoformgaze tamponieren.

Freund[6]) gab bei Veröffentlichung seiner Methode

1) Wiener med. Wochenschrift 1880 Nr. 47 u. Fortsetz.

2) Hegar u. Kaltenbach, Die op. Gyn. III. Aufl.

3) Zentralblatt für Gynäkologie 1883 Nr. 37. — Fritsch, Krankheiten der Frauen III. Aufl.

4) Hofmeier, Grundriss der op. Gyn. II. Aufl.

5) Schröder, Handb. der Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane X. Aufl.

6) Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge Nr. 133.

im Jahre 1878 an, man müsse das Peritoneum verschliessen. Als man jedoch an der Hand von Ahlfeld's Statistik[1]) über die von Freund ausgeführten Operationen sah, dass von 66 bis Ende 1879 Operierten 49 an Folgen der Operation gestorben waren — die hauptsächlichsten Todesursachen waren Sepsis, Shok, Blutverlust, Verletzung der Nachbarorgane besonders der Blase und der Ureteren —, so trachteten die einzelnen Operateure diesen oder jenen Punkt, der ihnen besonders schwach erschien, durch Modifikationen zu verbessern. Während nun die Operateure in den verschiedensten Richtungen hin die Gefahren der Freund'schen Methode abzuschwächen suchten, war es Bardenheuer[2]), der glaubte, dass der so häufig den Tod verursachenden Sepsis am besten dadurch zu steuern sei, dass man die Peritonealwunde offen lasse und durch eine zweckdienliche Drainage für guten Abfluss der Wundsekrete sorge. Diese Ansicht Bardenheuers fand warme Vertheidiger und Anhänger auch später, als schon das Czerny'sche Verfahren Platz gegriffen hatte[3]). Doch nicht alle Operateure pflichteten der eben geschilderten Modifikation bei, und noch heute gibt es viele Gynäkologen[4]), die sich für die Peritonealnaht aus verschiedenen Gründen erklären. So wird hauptsächlich von letzterer Seite[5]) entgegengehalten, dass das Offenlassen der Wunde der Aufnahme von Fäulniserregern Vorschub leiste, ferner dass durch

---

1) Deutsche med. Wochenschr. 1880.

2) Bardenheuer, Die Drainage der Peritonealhöhle. Stuttgart 1881.

3) Berliner klin. Wochenschr. 1880. Nr. 46. — „Ueber Radikalheilung d. Geb. mit Krebs durch Totalexstirp. des Ut. v. d. Scheide aus", von Dr. Baum. — Leopold, Arch. f. Gyn. Bd. XXX. — Fritsch, Centralbl. f. Gyn. 1883. Nr. 37.

4) Staude, Deutsche med. Wochenschr. 1886 Nr. 15 — Teuffel, Arch. f. Gyn. Bd. XIX s. Haidlen. — Tauffer, Arch. f. Gyn. Bd. XXIII.

5) Hegar u. Kaltenbach, Die op. Gyn. III.

Nichtanlegung einer Peritonealnaht Prädisposition[1]) zu einem Eingeweidevorfall geschaffen sei.

Was nun unsere Fälle betrifft, so wurde meistens die Peritonealwunde entweder ganz oder wenigstens nach Vernähung der Ränder in der Mitte offen gelassen und mit Jodoformgaze tamponiert.

In 14 Fällen wurde jedoch ein vollständiger Verschluss des Peritoneums hergestellt. Die meisten dieser Fälle entfallen auf die Jahre 1890 und 1891.

Zum Schlusse möchte ich die Modifikation bei der von Zuckerkandl angegebenen Methode anführen. Frommel, der diese Methode, wie schon erwähnt, zuerst ausführte, schickte der eigentlichen Operation die Ablösung der Blase von der Cervix voraus, um sich dann die spätere Herausnahme des Ut. zu erleichtern.

Nach dieser Schilderung der Operationsmethoden nebst ihren Modifikationen, will ich mich im Nachfolgendem dem eigentlichen statistischen Teile unserer Fälle zuwenden.

Die 42 Frauen, an denen die Totalexstirpation vollzogen worden ist, weisen ein Durchschnittsalter von 46 Jahren auf. Die jüngste Pat. zählte 22, die älteste 73 Jahre. Was die Menses anlangt, so waren sämmtliche Pat. gut menstruiert mit Ausnahme von 4 Frauen. 12 Frauen standen bereits im Klimakterium. Geboren hatten ebenfalls alle Pat. bis auf 3.

Was die verschiedenen Arten des Carcinoms betraf, so handelte es sich in 30 Fällen um Cerv. Carc., in 7 Fällen um Corp. Carc. und in 2 Fällen um carcinomatös deg. Myome. Die Zeit des Entstehens der einzelnen Carc. bis zum Eintritt der Pat. in die Klinik war, soweit Angaben in den Krankengeschichten vorhanden waren, sehr verschieden und variierte zwischen 3 Jahren als längste und 3 Wochen als kürzeste Dauer.

---

1) Hegar u. Kaltenbach, II. — Hofmeier, Grundriss d. op. Gyn. X.

Die Symptome, unter denen auch hier der Krebs auftrat, waren die allgemein bekannten, wie Schmerzen im Kreuz, Blutungen, übelriechender Ausfluss, rasche Abmagerung u. s. w.

Die Totalexstirpation wurde in der bekannten, im vorausgehenden Teile schon geschilderten Weise vollzogen und zwar wurden nach dem Verfahren von Czerny (Sauter-Recamier) 36, nach Freund mit der Modifikation Czerny 4 und nach Zuckerkandl mit der Modifikation Frommel 2 Operationen ausgeführt. Besondere Schwierigkeiten waren im Allgemeinen nicht zu überwinden, mit Ausnahme einiger Fälle, die ich im Folgenden anführen will.

Es sind dies die Fälle:

1) F. 5. Da hier das Aufsuchen des Douglas grosse Mühe macht, wird in das prorectale Gewebe eine förmliche Höhle gesetzt. Auch schneidet bei der Abbindung des Ut. fast jeder Faden an einer weichen brüchigen Stelle durch, sodass carc. Gewebe zurückgelassen werden muss.

2) F. 6. Ut. ist in diesem Fall kolossal schwer zugänglich und herabziehbar. Alle Muzeux reissen aus. Beim Abbinden links starke Blutung, die auch nach Umstechung nicht steht. Auch nach Entfernung des Ut. blutet es continuierlich aus der linken Ecke. Beim Katheterisieren bleibt Katheter blutig gefüllt infolge von Verletzung der Blase.

3) F. 19. Beim Vernähen der Cervix hochgradige Brüchigkeit derselben nebst starker Blutung aus ihr. Infolge dessen Tamponade der Scheide und Laparatomie.

Beim Eröffnen der Bauchhöhle fiel die beträchtliche Blutung aus den Weichteilen auf und es zeigt sich, dass der bis zum Nabel hinreichende Ut. eine Carcinommasse (wie später festgestellt, carcinom. degener. Myom) war. Op. wird wegen Aussichtslosigkeit unterbrochen.

4) F. 20. Beim Abbinden der Parametrien wird Ut. schon mit carcinom. Wucherungen durchsetzt gefun-

den, und reisst infolgedessen die ganze Cervix nebst dem unteren Teil des Uteruskörpers ab. Es tritt ziemlich heftige Blutung auf, während dessen Pat. ziemlich collabiert. Blutung wird von der Bauchhöhle aus zum Stehen gebracht, jedoch die Operation per vag. zu Ende geführt.

5) 22. Totalexstirp. ganz gut gelungen, als nachmittags der Puls immer schwächer und schwächer wird, und da man vermutet, dass innere Blutung vorhanden sei, wird die Laparot. beschlossen. Bei Eröffnung findet man Bauchhöhle voll von Blutgerinnsel. Nach Entfernung desselben sieht man, dass vom linken Anhang eine Ligatur abgeglitten ist. Von der Scheide Comprim. mit Richelot'schen Klammern.

6) 23. Infolge langen Suchens nach Douglas sehr erheblicher Blutverlust und fast Pulslosigkeit. Im rechten Parametrium ist Abtragung im Gesunden nicht mehr möglich.

7) 42. Operation wird durch das Freund'sche Verfahren eingeleitet. Da aber Ut. in dem unteren Drittteil sich sehr mangelhaft bewegt und ihm sehr schwer beizukommen ist, wird die Abtrennung von der Scheide aus vorgenommen, wobei aber links eine sehr starke Blutung eintritt, die man erst von der Bauchhöhle aus stillen kann.

Im Folgenden will ich nun die Resultate und zwar nur der bis zum Jahre 1892 incl. ausgeführten Operationen besprechen, da ein Urteil über die Resultate des Jahres 1893 doch wohl noch etwas verfrüht sein dürfte.

Von den bis zum Jahre 1893 excl. operierten 34 Pat. wurden 27 als geheilt entlassen, während 7 an den Folgen der Operation starben.

Von ersteren 27 sind bis jetzt 7 rezidivfrei, bei 12 traten Rezidive auf und über die letzten 8 Fälle konnte entweder gar nichts in Erfahrung gebracht werden oder es waren die Mitteilungen zu ungenügend, um sie verwerten zu können.

Von den Rezidivfreien wurde:

1 Patientin vor 7 Jahren
2 Patientinnen vor 5 Jahren
2 „ „ 3 „
2 „ „ 2 „ operiert.

Es sind dies folgende Fälle:

1) 2. Sch. Joh., multipar., seit $^1/_2$ Jahr Corp. Carc. Op. 87 in typ. Weise ausgef. Perit. offen.

2) 8. Fr. K., 39 Jahre alt, I. par., seit 3 Wochen Cerv. Carc. Op. 15. V. 89. nach Zuckerkandl.

3) 9. P. A., 33 Jahre alt, V. par. Dauer unbek. Cerv. Carc. Op. 30. III. 89. Perit. offen.

4) 25. Fr. K., 41 Jahre alt, VIII. par., seit 2 Monaten Cerv. Carc. Op. 16. II. 92. Perit. offen.

5) 28. An. K., 73 Jahre alt, 0 par., seit 3 Jahren Corp. Carc. Op. 28. III. 92. Perit. offen.

6) 32. Fö. M., 62 Jahre alt, II. par., seit 2 Jahren Corp. Carc. Op. 13. IV. 91. Perit. geschlossen.

7) 41. Po. M., 36 Jahre alt, II. par., seit 4 Monaten Carc. Cerv. Op. 3. IX. 91. Perit. geschlossen.

Recidive traten in einem Zeitraum von 2 Jahren bis 1 Monat nach der Operation in folgenden 12 Fällen auf:

Nach 2 Jahren 4 Monaten Rec. bei:

14. Schn. K., $36^1/_2$ Jahre alt, VI. par., seit 2 Jahren Cerv. carc. Op. 7. V. 90. Linkes Ovar. bleibt zurück.

Nach 1 Jahr 5 Monaten Rec. bei:

21. Mü. An., 57 Jahre alt, VIII. par., seit 19 Wochen Cerv. Carc. Op. 9. V. 91. Anhänge bleiben zurück. Totaler Wundverschluss. † 2. IV. 93.

Nach 1 Jahr Rec. bei:

7. M. M., 43 Jahre alt, III. par., seit $^3/_4$ Jahren Cerv. Carc. Op. 25. I. 89. Peritoncalwunde drainiert mit Jodoformgaze. † Nov. 1890.

17. El. B., 56 Jahre alt, III. par., seit $^1/_4$ Jahr Cerv. Carc. verb. mit Myom. interst. Op. 25. VIII. 90. Links im carc. Gewebe op. Ovar. bleiben zurück. Totaler Wundverschluss. † 8. VIII. 91.

Nach 11 Monaten Rec. bei:

12. Dö. B., 32 Jahre alt, IV. par. (1 Abort), seit 3 Monaten Cerv. Carc. Op. 16. XII. 92. Rechtes Ovar. bleibt zurück. Totaler Wundverschluss. † 2. XII. 91.

31. Lu. I., 44 Jahre alt, VI. par., seit 4 Monaten Cerv. Carc. Op. 14. XII. 92. Linke Tube u. Ovar. bleiben zurück. Wunde offen u. tamponiert.

Nach 7 Monaten Rec. bei:

3. Pf. H., 29 Jahre alt, I. par., seit 5 Monaten Cerv. Carc. Op. 10. II. 88. Beide Ovar. bleiben zurück. Wunde offen. † 23. V. 89.

Nach 5 Monaten Rec. bei:

18. K. M., 69 Jahre alt, VII. par., seit 1 Monat Cerv. Carc. Op. 31. I. 91. Links vom Cervix findet die Abbindung der Anhänge nicht im Gesunden statt. Totaler Wundverschluss. † 7. VII. 91.

Nach 4 Monaten Rec. bei:

27. Ki. M., 33 Jahre alt, IV. par., seit 5 Monaten Cerv. Carc. Op. 19. II. 92. Wunde bleibt offen. † 23. II. 93.

27. R. M., 31 Jahre alt, IV. par., seit $12^1/_2$ Wochen (letzte Geb.) Cerv. Carc. Op. 4. III. 92. Linkes Ovar. bleibt zurück. Wunde bleibt offen. † 5. II. 93.

Nach 3 Monaten Rec. bei:

42. St. B., 45 Jahre alt, III. par., seit 4 Monaten Cerv. Carc. Op. 30. IX. 91. Freund'sche Meth. comb. mit Vag. Meth. Wundverschluss. Links in der Narbe Recidiv.

Nach 1 Monat Rec. bei:

10. W. B., 53 Jahre alt, III. par., seit 2 Monaten Cerv. Carc. Op. 14. XII. 89. Beide Ovar. bleiben zurück. Totaler Wundverschluss. † 1892.

Bei den 7 Patientinnen, die in Folge der Operation starben, war 4 mal Peritonitis, je 1 mal Verblutung, Shok p. op. und Kachexie die Todesursache.

Es handelt sich hier um die nachfolgenden Fälle:

5. Fr. R., 49 Jahre alt, IV. par., seit 2 Jahren Cerv. Carc. Op. 29. II. 88. Op. mit bedeutenden Schwierigkeiten verbunden. Wunde offen. † 7. III. 88. an Peritonitis.

6. H. A., 43 Jahre alt, IV. par., seit 1 Jahr Cerv. Carc. Op. 2. III. 88. Op. ebenfalls sehr schwierig. Continuierlicher Blutverlust, Verletzung der Blase. Wunde offen. † 3. III. 88. an Verblutung.

11. Pu. E., 46 Jahre alt, II. par., seit $^1/_2$ Jahr Cerv. Carc. Op. 25. XI. 89. Zuckerkandl'sche Methode. Wunde offen. Dauer d. Op. volle 4 Stunden. † 26. XI. 89 an Shok post. op.

14. M. B., 55 Jahre alt, VI. par., seit 2 Monaten Carc. deg. Myom. Op. 2. III. 91. Freund-Czerny'sches Verfahren. Op. wird wegen Aussichtslosigkeit unterbrochen. † 6. III. 91. an Kachexie.

20. Ed. A., 65 Jahre alt, 0 par., seit 12 Wochen Corp. Carc. Op. 29. IV. 91. Da sich die Op. per vag. sehr schwierig gestaltet, wird die Laparatomie gemacht. Peritonealwunde bleibt offen. † 2. V. 91. in Folge Peritonitis.

23. Pa. A., 49 Jahre alt, V. par. (1 Abort), seit 4 Wochen Cerv. Carc. Op. 22. VIII. 91. Im rechten Parametr. ist Abtragung im Gesunden nicht mehr möglich. † 27. VIII. 91. an Peritonitis.

24. Wu. M., 43 Jahre alt, X. par. (2 Aborte), seit 10 Wochen Cerv. Carc. Op. 14. I. 92. Op. geht gut von Statten. Totaler Wundverschluss. Am 2. Tage p. op. peritonitische Erscheinungen. † 23. I. 92. an Peritonitis.

Nach diesen Resultaten, die wir soeben gesehen haben, können wir uns nicht verschweigen, dass

der Gesammterfolg ein ungünstiger ist. Abgesehen davon, dass eine Radikalheilung nur in einigen Fällen erfolgt ist, — denn auch bei den Fällen, die in den Jahren 1891—92 operiert wurden und bis jetzt rezidivfrei geblieben sind, sind die Akten über ein noch auftretendes Recidiv noch nicht abgeschlossen, — ist es vor allem die grosse Zahl der bereits aufgetretenen Rezidive, die unsere Aufmerksamkeit in Anspruch nimmt.

Unwillkürlich drängen sich uns daher die Fragen auf, wie denn diese Rezidive zustande kämen, und was man thun müsse, um sie zu vermeiden.

Vor allem glaube ich, dass der Vorwurf, der früher so häufig gemacht worden ist, dass Frauen zur Operation kämen, die die Grenze des Operierbaren streifen, hier nicht zutrifft. Denn wenn man auch hie und da während der Operation das Carcinom weiter vorgeschritten gefunden hat, als man bei der Untersuchung feststellen hat können, so glaube ich nicht, dass man das dem Operateur zum Vorwurf machen kann. Es kamen eben auch in unseren Fällen nur solche Frauen zur Operation, bei denen man bei der Untersuchung noch keine Ablagerungen in den Parametrien nachweisen konnte.

Doch glaube ich weit eher den Grund für die Recidive darin suchen müssen, dass man 1. bei den Exstirpationen des Ut. nicht weit genug entfernt von dem erkrankten Gewebe operieren kann und 2. dass man bei der Operation selbst gesundes Gewebe mit Carcinompartikelchen infiziert, sogenannte Impfrezidive [1]) hervorruft.

Ad. 1. Betrachten wir uns zu diesem Zwecke die topographischen Verhältnisse des Ut., so sehen wir den Ut. resp. die Cervix vorne enge begrenzt von der Blase, hinten von der vom Peritoneum gebildeten Douglas'schen Falte, nur zu beiden Seiten des Ut. kann man sich etwas mehr ausdehnen. Gerade vorne, wo so häufig der Sitz der

1) Winter, Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäk. XXVI, 1,

Carcinome ist, ist die Cervix nur durch ein laxes, einige Millimeter breites Bindegewebe verbunden. Sitzt nun ein Carcinom in der Cervix und ist schon etwas vorgeschritten, so dass es schon zu Zerstörungen der Schleimhaut und Muskulatur gekommen und selbst vielleicht das Bindegewebe mit einzelnen kleinen Krebsknötchen durchsetzt ist, so bleibt dem Operateur wohl nichts anderes übrig, als entweder carcinomatöses Gewebe zurückzulassen oder ein Stück aus der Blasenwand [1]) zu resezieren.

Ad 2. Zum Beweise dieses Punktes möchte ich auf Winter's Abhandlung „Ueber die Rezidive des Uteruskrebs insbes. über Impfrezidive" hinweisen. Winter weist nämlich in seiner Abhandlung an der Hand vieler Beobachtungen der verschiedenen Operateure die Kontaktinfektion des Carcinoms nach, d. h. er zeigt, dass in diesen Fällen primärer Krebs längere Zeit mit jener Stelle in Berührung gewesen ist, an welcher sich nachher der sekundäre Krebs entwickelt hat; und zwar an Stellen, welche in keinem Lymph- oder Blutgefässconex mit der primär erkrankten Stelle stehen und durch gesundes Gewebe von ihr getrennt sind. Deshalb muss auch der Operateur mit der Infektiosität des Carcinoms bei den Krebsoperationen rechnen und alles zu vermeiden suchen, was zur Ausbreitung des Krebses dienen kann. Winter macht zu diesem Behufe Vorschläge in zweierlei Richtungen:

1. Man soll den Krebs bei der Op. nicht berühren,

2. Man soll den Krebs vor der Op. der Art präparieren, dass eine Berührung mit lebendem Carcinomgewebe ausgeschlossen ist.

Dass diese letzteren Beobachtungen Winters uns unserem Idealziele, der Radikalheilung, näher gebracht haben, steht ausser Zweifel, ob es aber glücken wird,

---

1) Winter, Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäk. XXVI, 1.

den ersten Punkt, weiter entfernt von den erkrankten Partien zu operieren, genügend auszuführen, ist wohl sehr in Frage zu stellen. Vielleicht ist es einer späteren Operationstechnik vorbehalten, auch dieses Problem zu lösen.

Zum Schlusse erübrigt mir noch die angenehme Pflicht, meinem sehr verehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Frommel, für die Ueberlassung der Arbeit sowie für die Uebernahme des Referats meinen besten Dank auszusprechen.